

## LOS PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO INTENSIVO EN LA COMUNIDAD: UNA ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIATRICA, ¿ Y ALGO MÁS ?

Mariano Hernández Monsalve

( publicado en “ Rivas F. La psicosis en la comunidad. AEN. Madrid 2000 ; pag 131-190)”

Cuando el destino de los pacientes está ligado al hospital, la atención comunitaria no se plantea como problema. Durante largos años, la reclusión hospitalario- manicomial permitió obviar la necesidad de atención y cuidados comunitarios a los enfermos mentales. De todos modos, la atención comunitaria no es un invento totalmente nuevo – sirvan como referencia los antecedentes de la comunidad de Gheel en la Bélgica del siglo XIX (1), o la experiencia de seguimiento domiciliario de los auxiliares psiquiátricos en la Cataluña de principios de siglo, o la tradición aún hoy vigente en países orientales, donde el cuidado del enfermo mental en casa es motivo de orgullo y de reconocimiento social - . Lo que sí es novedad es la apuesta por que la atención comunitaria sea la alternativa al hospital psiquiátrico, aún para los pacientes más graves.

A lo largo de las últimas décadas se ha ido construyendo una alternativa a la reclusión hospitalaria, con éxito irregular. Veremos que a día de hoy aún persisten importantes desacuerdos respecto a aspectos muy elementales de la atención comunitaria: desacuerdos que se refieren a qué tipo de dispositivos son más eficaces, más relevantes – desde el punto de vista sociocultural, y de su aceptación por la población-, y de mejor coste-efectividad; qué papeles corresponden a los profesionales y cuáles a la sociedad; cómo poner a trabajar en común a los servicios sociales y a los de salud; qué esfuerzo está dispuesto a hacer el conjunto de la sociedad en pro de los pacientes psiquiátricos y de la salud mental general, y tantos otros. Sirva como referencia de algunos de estos desacuerdos ( en aspectos estrictamente técnicos en este caso), la viva polémica recientemente sugida, al filo del cierre del siglo XX, en las páginas del British Journal of Psychiatry entre los protagonistas de una experiencia inglesa de atención comunitaria ( proyecto PRiSM) y los más egregios protagonistas de los programas de “Tratamiento Comunitario Asertivo”, norteamericanos principalmente (2-5), de lo que daremos cuenta más adelante.

El término seguimiento comunitario se viene utilizando para describir las intervenciones que consisten en acompañar a la persona en su medio de vida, proponerle una relación de ayuda para superar las dificultades que surgen a diario, y para sotear las barreras internas y externas que le impiden utilizar los recursos necesarios para su integración social . Desde esta óptica, la referencia a la noción de comunidad cristaliza el deseo de hacer todo lo posible para sacar a las personas de la exclusión institucional o social e integrarlas plenamente en los procesos sociales normales para que encuentren un sentimiento de pertenencia, un dominio de su existencia mediante una reconquista de su poder de actuación , y un papel significativo e el seno de una sociedad que debería normalmente facilitar la integración de todos sus miembros para merecer ser designada con el término de comunidad (6). Se trata de la búsqueda activa de estas personas sobre el terreno para

aportarlas una ayuda tangible en su medio de vida cotidiano

Cuando en España se promulga la Ley General de Sanidad - que abre oficialmente la posibilidad de iniciar la reforma psiquiátrica, integrando la atención a la salud mental en el Sistema Nacional de Salud- contamos ya con una breve pero intensa historia de intentos de establecimiento de fórmulas de atención comunitaria, en sintonía con el movimiento internacional de la desinstitucionalización y desarrollo de servicios de salud mental comunitaria(7,8). El proceso seguido en estos últimos 15 años ha reproducido muchas de las características del proceso seguido en otros países occidentales ( EEUU, Italia, Canadá,Inglaterra, Francia), si bien con importantes diferencias, según factores culturales y de organización sanitaria ( importancia relativa de la financiación pública vs privada, amplitud de prestaciones, participación ciudadana, sistemas de gestión).

El inicio de la reforma en España coincide con un momento de balance y replanteamiento en el panorama internacional: a final de los setenta e inicio de los ochenta emerge un movimiento de opinión crítico con las reformas , poniendo en tela de juicio los logros de la desinstitucionalización. Se evidencia por entonces la ausencia de consenso en torno al proceso , por lo demás muy heterogéneo, con importantes diferencias según los países, y distintos lugares de un mismo país. Las divergencias surgen en cuestiones tan elementales como los fundamentos legislativos, recursos financieros ,humanos y materiales, provisión de servicios , sociales y sanitarios. Y es que como bien ha señalado Leonar Bacharch (9,10) , con un mismo término, desinstitucionalización, se han designado cuestiones bien distintas: a) Un hecho: la salida de los pacientes , b) un proceso: génesis de nuevos dispositivos, c ) una filosofía, responsabilización comunitaria de los problemas de salud mental.

Las características generales que la definen son.

Disminución de la población asilada ( tanto por propiciar la salida de los ingresados, como por restringir nuevos ingresos, y por la drástica disminución del tiempo de estancia). Así por ejemplo, en EEUU en el decenio 1965-75 la población ingresada decayó de unos 550.000 a 120.000 (11). En el Reino Unido, en el periodo 1959-90 se pasó de 144.000 a 57.000 (12) – mientras sus plazas de hospital de día pasaban de 2.000 en 1960 a 15.000 quince años más tarde ( 13,14) - . Otros países han seguido un ritmo muy distinto, como Suecia, donde las admisiones se han ido reduciendo en un 20%, la ocupación de camas en un 40%, y los ingresos compulsivos en un 25% (15).

Desplazamiento del foco de atención del hospital a la comunidad. Ya no será el aislamiento ( fundamento de la reclusión mancomial) sino la inserción en la vida social el instrumento terapéutico a privilegiar(16)

3. Casi sin excepción han sido procesos seguidos sin una adecuada planificación. Sirva como referencia que las revisiones de Test y Stein en 1978(17) y de Braun en 1981 (18) no contabilizan más que once proyectos experimentales en los que se haya puesto a prueba la eficacia y eficiencia de las nuevas fórmulas asistenciales. La urgencia en iniciar los cambios , y la naturaleza de la motivación ( ética o técnica para unos, económica para otros) no permitía una evaluación experimental previa

## Las dos caras de la desinstitucionalización

### 1. El acúmulo de aportaciones creativas, pero parciales

En torno a la década de los sesenta surgió un amplio despliegue de novedades, tanto en aspectos teóricos como prácticos: con una rica producción teórica, se propusieron múltiples opciones de conceptualización de la enfermedad mental que tenían en común la exploración de la dimensión sociocultural y biográfica del sujeto, de la familia del entorno, en contraposición a la visión científico-natural hasta entonces imperante (19-29). Se puso el énfasis en la construcción socio-cultural de la enfermedad, a la que se pone en duda o se niega como entidad específica, y se la considera como mito y metáfora. Mientras tanto, se busca también la implicación de la sociedad para saltar o para derribar “ las tapias del manicomio”

Algunos aspectos a resaltar de esos procesos iniciales son:

La mayor parte se realizaron al margen de criterios básicos de salud pública. Pretendían explorar nuevos ámbitos y posibilidades, pero no responder a las necesidades de toda la población de pacientes de un territorio, con notables excepciones locales (transformación del hospital psiquiátrico de Vermont y de algunos otros en Inglaterra, experiencias de Trieste en Italia, o del distrito 13 en París). A nivel global hay que considerar los intentos de la psiquiatría en sector en Francia, psiquiatría comunitaria en el reino Unido e Italia, los efectos de la ley Kenedy en EEUU; todas ellas con éxitos parciales y desarrollo insuficiente de dispositivos alternativos.

Aunque no puede generalizarse, el modelo predominante en la estructura asistencial que caracterizó los primeros momentos de la desinstitucionalización fue: estancias breves un unidades de hospitalización, que tienden a ubicarse en los hospitales generales ( cada vez más orientadas por modelos de intervención farmacológica), y derivación a seguimiento ambulatorio, con frecuente descoordinación y consiguiente pérdida de pacientes ( 30,31) Oferta de otros servicios, tales como hospital de día, centros de día, centros de rehabilitación psicosocial, centros de salud mental, con cuidados de enfermería ambulatoria y / o domiciliaria ( más excepcionales), con acceso eventualmente a tratamientos psicoterapéuticos, y distintos tipos de centros residenciales ( desde pisos a “nursing homes”), y acceso muy desigual a prestaciones y/o apoyo social, según la política social de los gobiernos

Emergencia del movimiento de expacientes( ex-usuarios, o supervivientes de la psiquiatría) que dan origen a redes de clubs sociales, tipo Fountain House en EEUU(32). Y movimientos sociales de asociaciones de voluntarios y otras entidades ciudadanas tipo MIND ( con más de cincuenta años de historia)(33,34).

Implicación de múltiples agencias, públicas y privadas; institucionales y de voluntariado en el sostén y control de las estructuras intermedias

Entre otros efectos, el riesgo más generalizado derivado de la forma en que surgen los nuevos dispositivos, es la parcialidad y fragmentación de los servicios, la pérdida de globalidad y continuidad de los tratamientos, debiendo peregrinar los pacientes a través de unos y otros dispositivos.....además de la puerta giratoria en su versión clásica (entradas-salidas frecuentes en el hospital) y en sus nuevas versiones ( en los servicios de urgencia, en los programas de atención ambulatoria, en los albergues). Una gran mayoría

de pacientes no encuentran su lugar en las nuevas redes(35,36). Emergen nuevos “síndromes” - “nuevos crónicos”(37,38) , “ hiperfrecuentadores”(39), “enfermos mentales sin hogar”(40), “ enfermos difíciles de ubicar”(41) y transinstitucionalización- a los que buscar nuevas soluciones(42-44)

Una valoración contorvertida.

El repaso global a la experiencia internacional nos permite extraer algunas conclusiones provisionales:

1ª Los propósitos iniciales de ofrecer servicios comunitarios a los pacientes mentales respondían a una convergencia de intereses y objetivos de muy distinta índole: Económicos. Desde el final de la Segunda Guerra Mundial, la población asilada crece, y la plétora de los hospitales psiquiátricos parece hacer inviable su mantenimiento – al menos con una dotación de personal y de medios técnicos que los permitan ser presentables - , por lo que los políticos y administradores sanitarios están interesados en fórmulas que permitan un alivio financiero de este área. Sus propósitos se vieron reforzados por el movimiento social pro-desinstitucionalización ( que va más allá de los hospitales psiquiátricos), y con la opinión de muchos profesionales: las experiencias de atención “comunitaria” ( hospitales de día, pre-comunidades terapéuticas..) durante la Guerra Mundial había demostrado ser eficaz (18)

La aparición de nuevos psicofármacos permitía albergar esperanzas de tratamiento eficaz para los trastornos graves

La opinión pública, creando un contexto crítico frente al efecto deletéreo de las instituciones totales y muy especialmente frente a los manicomios por las condiciones de tratamiento inhumano y contraproducente. La publicación de las obras de Barton en 1959 (45) y de Gofman en 1961(46) son algunos de los hitos en los prolegómenos del proceso transformador

2ª Se ha señalado , probablemente con razón, que los procesos de desinstitucionalización pecaron de un exceso de ingenuidad al dar por buenas determinadas premisas que el tiempo se fué encargando de cuestionar, tales como:

Una visión idealizada de la comunidad – como nicho ecológico, matriz de vínculos interpersonales, capaz de encontrar fórmulas democráticas para resolver los conflictos sociales, para integrar a los menos aventajados..- mientras la cruda realidad se estaba encargando de poner en evidencia , en las sociedades industrializadas, la profusión de las llamadas enfermedades sociales – bolsas de marginación-, como indicadores de la fragilidad de aquellos supuestos, de modo que nadie garantizaba la supervivencia de los más débiles ( tal como afirma Rendueles “la pretensión de hacer una psiquiatría en la comunidad cuando la comunidad está moribunda o muerta tiene un caracter macabro”) (47)

b) Una visión reduccionista de la propia enfermedad mental, especialmente en lo referente a la cronicidad. Todos los aspectos deficitarios de la enfermedad tendieron a atribuirse a una misma causa: los estigmas de la vida institucional con sus “códigos de cronicidad” como secuela.

Si antes sólo se había tenido en cuenta “ la historia natural de la enfermedad”, ahora ésta se niega y se desplaza el énfasis a la institución.

Caricaturizando un tanto las cosas podría afirmarse que la expectativa resultante de las premisas anteriores parecía ser que el paciente, una vez libre de las ataduras institucionales, podría gestionar en el seno de una sociedad solidaria y rica en posibilidades, la satisfacción de sus necesidades/ el cumplimiento de sus deseos e integrarse en la dinámica social (49). El acceso a la vida comunitaria aparecía como panacea, y la integración del paciente, su consecuencia espontánea (50,51).

c) Una falta de previsión acerca de la actividad que habrían de desarrollar los nuevos centros de salud mental comunitaria. El énfasis en las actividades preventivas y en la intervención en crisis fueron los instrumentos considerados imprescindibles para evitar la cronificación. La realidad posterior ha mostrado que en la mayor parte de las ocasiones los centros sucumbieron a lo que se ha dado en llamar la ley de cuidados inversos – formulada por primera vez por un médico general inglés, Tudor Hart, en 1971- (52): Ciertamente se abrieron a amplios sectores de población, pero dedicando la mayor parte de su esfuerzo a poblaciones poco enfermas ( desde los llamados trastornos psíquicos menores hasta los conocidos como “worried well”- “gente sana pero preocupada” -), para quienes los nuevos centros , que ofertaban psicoterapias e intervenciones más o menos sofisticadas, resultaban accesibles y eficaces. La gente con más recursos personales, capaces de articular convenientemente su demanda se beneficiaba de los nuevos servicios, mientras que los pacientes más graves resultaban “invisibles” y apenas se les prestaba una atención poco más que anecdótica.

Los nuevos centros comunitarios no llegaron a alcanzar un impacto importante en la estructura sanitaria: el que , según un informe de 1979 (53), de los casi cinco millones de ciudadanos que recibieron atención por problemas de salud mental en los EEUU, sólo el 8,4% acudieran a los centros de salud mental comunitaria, da cuenta de la escasa implantación del modelo comunitario. Y en lo que respecta a los pacientes más graves, la atención predominante siguió siendo hospitalaria. Tampoco en otros países la realidad ha sido mucho más favorable para los pacientes más graves: en Inglaterra, uno de los lugares donde la reorganización de servicios se ha ido realizando con mayor prudencia y fundamento científico se detectan en algunos distritos de Londres que un 40% de los pacientes esquizofrénicos están sin tratamiento/cuidados ( 54), o que en la mitad de los distritos no se garantiza la continuidad de cuidados (55).

A su vez, fueron consolidándose vías de transinstitucionalización: los pacientes más graves fueron instalándose en “nursing homes”, y en casas a medio camino que se convirtieron para algunos en rentable negocio, con condiciones de vida poco envidiables para los recién externalizados , desprovistos de recursos materiales, de vínculos y de red social

3ª Tampoco los profesionales parecían estar muy interesados en trabajar con pacientes poco gratificantes, dirigiendo sus esfuerzos hacia las nuevas poblaciones de pacientes “ más agradecidos”. Incluso en el NHS inglés se daba un fenómeno similar en las enfermeras psiquiátricas comunitarias: la profesión se desarrolló intensamente en la década de los sesenta con el propósito de responder a las necesidades de seguimiento y cuidado en la comunidad, de los pacientes mentales más graves ( y trasladar a la comunidad muchas de las prestaciones que antes sólo se daban en el hospital); veinte años más tarde se comprobaba que no dedicaban más allá del 30% de su actividad a estos pacientes ,

dedicándose preferentemente a actividades educativas y preventivas con población general o con patologías menores.

4ª En los nuevos centros predominó una actitud “ no intervencionista”. No intervenir si no hay demanda. En aras al respeto a la propia iniciativa individual muchos centros de salud mental comunitaria se desentendieron del seguimiento de los pacientes más graves para dedicarse a quienes reclamaban tratamiento (56).

5ª Pronto se puso en evidencia la falta de apoyo a las familias. Las familias se han resentido (57), quejándose de gran falta de apoyo, cuando no de la más elemental información respecto a la naturaleza del problema, el pronóstico, qué se supone que deben hacer o dejar de hacer para contribuir al restablecimiento de su pariente enfermo (57-60). En el peor de los casos( demasiados frecuentes) se reproducen en el interior del hogar los mismos problemas que la externalización pretendió evitar ( aislamiento, inactividad, falta de perspectiva de futuro.. ). Los resultados de la falta de atención a las familias han sido muy negativos: desbordamiento emocional, sufrimiento y patologías diversas en los familiares, y evolución desfavorable de los pacientes - acentuándose los mecanismos de adaptación anómalos. Círculos de la sobreimplicación, de hostilidad-rechazo, tendencias a la segregación y depositación, abandono, etc

6ª La falta de compromiso político suficiente ( se promuevn cambios sin dotación financiera) es otra de las razones más consistentes que explican el fracaso relativo de la desinstitucionalización. El principio de que los dineros debieran seguir el mismo itinerario que los pacientes, no se cumplió. En la mayor parte de los casos , el ahorro derivado del vaciamiento de los hospitales no se acompañó de la reinversión en recursos alternativos. Las necesidades de los pacientes mentales, puestas a competir con las de otros grupos con demandas más visible o mejor orquestadas, perdieron casi siempre la partida. Mientras tanto, la experiencia ha demostrado que allí donde se ha respetado la distribución de presupuestos según necesidades de los pacientes, se han avanzado con éxito procesos de desinstitucionalización (8, 61-63). En la práctica son tan importantes los recursos disponibles como el modo en que se produce el despliegue de los dispositivos (64).

#### Los servicios comunitarios . Ingredientes y perspectivas

La experiencia adquirida en controvertidos procesos de desinstitucionalización señala nuevos caminos para el tratamiento de los enfermos mentales crónicos. Hemos aprendido que la mera instalación en la comunidad no es una panacea, y hay evidencia de que ahí también pueden reproducirse los fenómenos de rechazo, estigma y abandono. Los ingredientes de los servicios comunitarios deben ser:

Integralidad. Se trata de incorporar, simultánea o sucesivamente, las distintas modalidades, formatos y dimensiones de los tratamientos dentro de un proyecto terapéutico global pensada para cada individuo particular. Se trata de incorporar dentro de una misma estrategia los tratamientos farmacológicos, los psicológicos y las intervenciones sociales; lo rehabilitador y lo preventivo; de focalizar la intervención en el sujeto, en la familia y en el entorno, con la intensidad y tiempo requeridos para cada caso. El creciente interés por el

abordaje integral de la esquizofrenia es un buen indicador de la importancia de este aspecto (65-68).

Continuidad. Es la secuencia de atenciones prestadas entre los distintos dispositivos de una red, sin hiatos, a lo largo del tiempo. Exige que cada dispositivo prevea sus intervenciones como un elemento de un proceso secuencial, en la que ha de asegurarse la coherencia con las intervenciones previas (continuidad en el sentido, en los objetivos, en la estrategia general de tratamiento), y facilitar las posteriores. No dar por finalizada una intervención hasta que no esté accesible la siguiente... y así hasta que se considere finalizado el plan de tratamiento. La continuidad fué uno de los aspectos sobre los que más se insistió en tiempos de la psiquiatría de sector (69,70), y bajo distintas formulaciones( coordinación interinstitucional, “gestión de casos”... ) mantiene toda su vigencia en la actualidad

Responder a las necesidades de los pacientes. En la atención a la cronicidad es preciso añadir a los tradicionales criterios de tratamiento de la enfermedad , el de dar respuesta a las necesidades del paciente (71-73), que habrán de guiar las estrategias y el proceso de intervención.

Este cambio de enfoque supone reconocer y superar las barreras que lo dificultan: la tendencia de los profesionales a perpetuar esquemas adquiridos en la formación hospitalaria en la que el objetivo se focaliza en curar ( curación como remisión de síntomas). El tratamiento de la cronicidad requiere rehabilitar y cuidar: aumentar la competencia social, aliviar o compensar los déficits, mejorar la calidad de vida (74). La tendencia a confundir demandas y necesidades, con la consiguiente desviación de la atención hacia quienes son capaces de formular y articular las demandas con más precisión y exigencia hacia los servicios (52). A menudo los pacientes más graves no disponen de esta capacidad, de modo que tienen mayor riesgo de no ser atendidos. La solución a esta cuestión es decidir prioridades, recurriendo cuando se considere necesario a medidas de discriminación positiva hacia los más graves, para asegurar las mejores condiciones de tratamiento.

La tendencia a estructurar los servicios según necesidades de acuerdo a como son percibidas por los profesionales, por cuanto:

El clínico tiende a resaltar la necesidad de intervenir sobre aquellos problemas ante los que se siente mejor preparado ( psicoterapia, fármacos), más interado ( lo clínico frente a lo social, lo terapéutico frente a lo rehabilitador..) y a priorizar las intervenciones más gratificantes ( resultados inmediatos) , obviando el resto

La presunción de que los pacientes son categorías objetivas que pueden ser definidas por el experto, mientras que en la realidad sucede a menudo lo contrario: la identificación de necesidades es un proceso dinámico en el que están implicados paciente, familiares, profesionales y gestores.

Un buen instrumento , que tiene en cuenta la perspectiva de paciente, familia y profesional, es el CAN ( Camberwell Assesment Needs), del que existe versión en castellano (75).

Trabajar con el entorno

“ Salir a la comunidad” es uno de los desafíos más difíciles para los equipos, en general entrenados en contextos muy específicos y definidos. El trabajo comunitario requiere una

integración más compleja que las consultas externas de un hospital o que los despachos de un centro de salud mental (76). Consideramos dos dimensiones:

Ocuparse de la red social del paciente.

Mejorar la red social es una tarea de ingeniería y artesanía social que escapa a menudo de las posibilidades reales de intervención de los centros de salud mental habituales, especialmente cuando están poco conectados con la red de servicios sociales o de los recursos de su entorno. En general, se ha transformado el objetivo inicial de trabajar con la comunidad al menos exigente de trabajar en la comunidad. Y esto es el mejor de los caos: ni la formación ni la experiencia la adquieren generalmente los profesionales en el trabajo comunitario; tampoco la trama social de nuestras ciudades puede identificarse como nichos de vida comunitaria. Muy a contrario, el tejido social se rige en gran medida por el intercambio en torno a lazos de relación instrumental (trabajo-productividad-consumo), con alto riesgo de exclusión para quienes estén fuera de esa dinámica. Trabajar por mejorar la red de relaciones interpersonales es un objetivo de gran importancia. Se ha comprobado que tanto la extensión como la calidad de las relaciones tiene gran valor pronóstico, y correlaciona con la calidad de vida tanto o más que los parámetros clínicos (77).

El déficit en las relaciones interpersonales, y el aislamiento, son dos de los mayores problemas del paciente crónico e la comunidad. Aislamiento que para algunos es incluso más doloroso que durante las largas estancias hospitalarias donde, aunque en precario, disponían de una red de relaciones (¿de ahí quizás la terquedad con que algunos pacientes parecen reclamar el ingreso?)

Tiende a aceptarse que lo deseable es posibilitar nuevos vínculos en la red social normalizada (78), lo que sólo será posible en la medida en que el sujeto vaya estando inmerso en los elementos socializadores habituales en su entorno (trabajo, ocio, amistades, familia) (79-81). Pero a menudo el paciente ha roto amarras con familia y amigos, no tiene trabajo y padece el rechazo en múltiples oportunidades de ocio. No debe despreciarse la opción, para muchos la única realista durante tiempo, de que el paciente tenga la oportunidad de generar vínculos a través de dispositivos tipo "clubs sociales", donde comparte actividades y proyectos con otros pacientes que cuentan con periplos vitales próximos. La amplia diseminación de la experiencia nodriza del Fountain House, que ha dado origen a centenares de clubs similares en EEUU, es una prueba de su vigencia.

Ocuparse de los cuidadores( en nuestro medio, habitualmente la familia)

Hoy no puede concebirse la atención comunitaria a pacientes crónicos que no tenga en cuenta la familia u otros cuidadores en los siguientes aspectos:

- a) El más elemental : ofrecer información, contando con el consentimiento y participación del propio paciente. Informando de las circunstancias que previsiblemente puedan operar como factores protectores o como factores de riesgo. Qué tipo de ayuda pueden esperar de los distintos servicios profesionales y qué acciones y actitudes pueden ellos desarrollar en un sentido facilitador (77,82,83).
- b) Estudiar la carga familiar e identificar necesidades, complementando las del paciente (57,84) ( como guía puede ser de utilidad el ya referido CAN).

Estas acciones, aún siendo necesarias, no suelen ser suficientes, de modo que debe considerarse:

- c) La posibilidad de que la familia sea incluida en el tratamiento, ya sea como objeto de

tratamiento ( lo que en ocasiones es necesario), ya como colaboradores esenciales en el tratamiento del paciente, En este sentido hay ya amplia experiencia, especialmente con familiares de sujetos con esquizofrenia, de intervenciones dirigidas a modificar pautas de comunicación en el interior de la familia (especialmente eficaz en familias con de alta emoción expresada), a reconocer pródomos de descompensación clínica, a mejorar su capacidad para manejar problemas, a aumentar su capacidad como amortiguadores de situaciones de estrés. En los últimos años se han extendido diversas modalidades de intervención familiar, que están demostrando una alta efectividad( 86,92).

Con una perspectiva rehabilitadora

El tratamiento a largo plazo con los pacientes crónicos exige que los profesionales y los servicios asuman un cambio de perspectiva: desde la perspectiva centrada en la curación, habitualmente limitada en el tiempo y focalizada en los síntomas, hacia otra centrada en la recuperación ( de la subjetividad, de la función social, de la calidad de vida ) que se establece inicialmente sin limitación temporal, y es multifocal( según necesidades). Nos referimos aquí a la perspectiva rehabilitadora en sentido amplio: Shepher ( 1991) la define como “ la noción en la que lo importante en cuanto a determinar la adaptación social de la persona es la interacción dinámica entre sus disfunciones sociales y su entorno. La rehabilitación psiquiátrica se ocupa de esta adaptación dinámica y pretende optimizar su funcionamiento, mientras al mismo tiempo reconoce la existencia de disfunciones relativamente estables y la necesidad de proporcionar entornos de soporte y apoyo (93). Y Liberman señala como estrategias principales de la rehabilitación: ayudar al paciente a desarrollar o adquirir de nuevo habilidades sociales instrumentales, y modificar los soportes del entorno físico y social del paciente para compensar las limitaciones y minusvalías que puedan permanecer (esta última dimensión tiende a ser entendida como cuidados, una actividad complementaria a la rehabilitación “activa”). Más radical es la perspectiva de Roteli (94) al insistir en que la tarea rehabilitadora es esencialmente trabajar por la emancipación del sujeto, de modo que recobre – o adquiera – el acceso efectivo al ejercicio de sus derechos cívicos y sociales. Para ello propone que la rehabilitación se refiera a la actuación convergente sobre tres niveles: 1) modificaciones legislativas que reconozcan la especificidad de los derechos civiles y socio-sanitarios de los pacientes, 2) el establecimiento efectivo de vínculos sociales en el escenario natural de la vida social y laboral; y liberación de recursos materiales suficientes que permitan el ejercicio de los derechos, y 3) capacidad de acceso a los valores, de modo que el paciente pueda interesarse en el cultivo y desarrollo de sus propios intereses , participar en las redes comunitarias, etc. Es éste el aspecto instrumental de la rehabilitación; requiere información y formación de calidad. Es este tercer nivel el que más frecuentemente se identifica con la rehabilitación. En su propuesta, llevada a la práctica en Triste, la organización a través de la cual el sujeto va a acceder a estos valores es la empresa social, en la que el acceso al trabajo es el factor mediador del acceso al sentido social de la actividad ( incluyendo vínculos, cooperación, proyecto personal, etc).

La práctica de la perspectiva rehabilitadora puede ser fuente de controversia (95-98), y merece algunos comentarios:

En primer lugar, precisa superar en la organización de los servicios la radical dicotomía entre la cura ( “la terapia”) y la rehabilitación, de modo que ésta no sea entendida como una intervención graciable, de segunda categoría, mientras el tratamiento “real” siguen siendo

los fármacos más cierto tipo de psicoterapia. En el paciente cronicado, la perspectiva rehabilitadora pasa a ser el núcleo central del tratamiento, en el que tanta importancia puede tener la administración continuada de antipsicóticos, como la participación del paciente en actividades de capacitación laboral o en un club social, y los familiares en un grupo de autoayuda, por ejemplo.

Del mismo modo ayuda a superar en la práctica la dicotomía entre lo social y lo sanitario, por motivos obvios.

Obliga también a superar barreras entre los profesionales, ya que para la rehabilitación y cuidados es imprescindible incorporar a otros profesionales que no son de lo originalmente de lo “psico” – ej. monitores laborales – , y a contar con otros agentes no profesionales – voluntarios, entidades ciudadanas- Es cada vez más evidente que las intervenciones son tanto más eficaces cuanto más conectadas están con los escenarios naturales de la vida diaria. Se trata de habilitar al paciente para la vida tal y como a él se le presenta, y esto requiere poner énfasis en las intervenciones “ in vivo” ( en casa, en el trabajo, en lugares de ocio...). No es sólo una perspectiva ideológica. También desde lo técnico se discute si la rehabilitación cognitiva puede ser eficaz para aumentar la competencia social; o si más bien es tras la adquisición de cierta competencia social cuando se pueden producir avances significativos en las áreas defectuales del rendimiento cognitivo (99), además del problema de la generalización de los aprendizajes ( el aprendizaje de habilidades sociales “ de salón” no es lo mismo que “en vivo y en directo”).

Un dilema importante en los programas con pacientes crónicos es el suscitado por la contraposición autonomía vs dependencia. Es claro que uno de los objetivos es propiciar el máximo nivel de autonomía. Ahora bien, ésta es una finalidad, y no el punto de partida. La dependencia es vivida por los profesionales como una pesada carga y un indicador de fracaso ( y en los servicios como un indicador de ineficiencia- “ incapaces de dar altas”-). Hay que aceptar niveles de dependencia duraderos, a menudo imprescindibles para que el paciente perciba su entorno como seguro y pueda confiar, y disponer de una diversidad de personas y circunstancias que actúen como soporte. Y hacerlo de tal modo que se evien relaciones de dependencia patológicas, la mayor parte de las veces resultado de las rutinas de los dispositivos asistenciales, de la falta de imaginación, o de la necesidad de control de los propios profesionales. La propuesta es un modelo escalonado de dependencias cada vez más distendidas, y en el que se acuerda el compromiso de mantener la relación en tanto siga siendo necesaria ( “no dar el alta en un dispositivo hasta que no esté disponible el escalón siguiente; y evitar la confusión entre confiar en la autonomía del paciente o prestarse a abandonarle).

Aceptar este cambio de perspectiva significa también contar con otros indicadores no clínicos de la evolución de los problemas. Se ha comprobado que los indicadores de evolución clínica que informan de modificaciones del perfil sintomático no son, en el paciente crónico, los mejores predictores de su capacidad para mantenerse fuera del hospital. Tampoco la cantidad de servicios que reciben es de por sí un buen indicador al respecto.

Los estudios realizados en este campo e los últimos años apuntan las siguientes conclusiones:

1º La calidad de vida está muy determinada por la percepción que tiene el paciente de su situación, especialmente en lo que se refiere a su propia autonomía- para elegir alojamiento, disponibilidad de recursos económicos, elección de actividades de ocio...-. En definitiva, aumentan la calidad de vida aquellos servicios e intervenciones que refuerzan la

percepción que tiene el paciente de control y dominio de la situación (100,101).

2° Es importante prestar atención a la relación entre necesidades-demanda-provisión de servicios (72): hay necesidades que no se expresan, y demandas que no son expresión de necesidades. Muchas veces los servicios ofrecidos no son los más pertinentes para las necesidades del paciente. Las necesidades más frecuentemente detectadas- además de las ubicuas necesidades de recursos económicos y de trabajo- son: A) En lo clínico, problemas de estrés psicosocial, con quejas de ansiedad y depresión, síntomas psicóticos y problemas de salud física. B) En lo relacional, necesidad de compañía y de actividades diarias gratificantes. C) Necesidad de información: acerca de la naturaleza de los problemas según el punto de vista de los profesionales, posibilidades de tratamiento, uso de los servicios clínicos y sociales.

3° Finalmente, hay que considerar que el mero acúmulo de servicios no garantiza una mayor calidad de vida, ni capacita a los pacientes para mantenerse en la comunidad. Hay datos que indican que los pacientes con amplio uso de servicios muy especializados recurren al hospital con más frecuencia (102). Interesa ampliar la red social, pero también la calidad de las relaciones interpersonales de las redes. Y asegurar una buena sintonía entre los pacientes y los servicios que se les proporciona ( ; necesidad de participación ; ); sin ésto, más prestaciones no es sinónimo de mejores servicios . Sólo los servicios que operan en pro de una mayor capacidad de control y autonomía de los pacientes significan una ayuda real para su vida fuera del hospital.

## PROGRAMAS COMUNITARIOS APLICADOS Y EVALUADOS.

NOVEDADES EN LA ORGANIZACIÓN Y GESTION. Sucinta historia del modelo inicial, el Tratamiento Comunitario Asertivo, que se mantiene como “estrella” treinta años después

“ Del hospital al área”. Es quizás la expresión más gráfica que refleja lo esencial de los procesos de desinstitucionalización e intentos de práctica de psiquiatría/salud mental comunitaria que vienen teniendo lugar en los últimos 30 años.

De entre todas las experiencias habidas, hay dos que creo merecen una consideración particular por su especial creatividad e impacto internacional. La de Trieste, en Italia, y la del condado de Dane, en Wisconsin, que se inició en el Mendota State Hospital – el hospital público de Madison- sobre la que se ha llegado a afirmar que es la principal aportación a la salud mental comunitaria del el siglo XX(103) ( afirmación que creo puede hacerse extensiva a ambas). Gélinas(6) opina que la gran diferencia entre ambos es que mientras las principales aproximaciones americanas de gestión de casos y de seguimiento intensivo en el medio, ponen el énfasis en el abordaje individual, los reformadores italianos insisten ( y cita a Dell’Aqua ) “... en el valor de las acciones colectivas para responder positivamente a las necesidades elementales de las personas, ya que estas acciones colectivas son de una importancia crucial para obtener cambios concretos en el nivel de las condiciones objetivas de la existencia y de la calidad de vida de los pacientes...” En esta ocasión nos ocupamos particularmente de la experiencia de Madison y sus consecuencias.

A mediados de los años sesenta el equipo de Arnold Ludwig, Arnold Marx y Mary Ann Test (trabajadora social que aún en estos días sigue ocupada en continuar aquella experiencia) pusieron en marcha una serie de programas de intervención psicosocial para los pacientes ingresados, con el propósito de combatir el hospitalismo/institucionalismo y prepararlos para el alta (42,43,104,105). Efectivamente, los pacientes fueron adquiriendo un mejor ajuste y funcionamiento psicosocial en el interior del hospital y fueron saliendo de alta. Pero, desafortunadamente, una vez fuera del hospital los mantenían una precaria calidad de vida, y la tendencia a reingresar era la norma. Por entonces ya estaban siendo conocidos los resultados parcialmente favorables de otras experiencias que proporcionaban algún tipo de intervención extrahospitalaria: muchos pacientes que eran atendidos en centros de día, en las casas a medio camino, en centros de rehabilitación psicosocial, lograban mantenerse fuera del hospital por largos periodos de tiempo o incluso integrarse en la vida social con cierto éxito.

Un repaso a las características de esas experiencias permitía ya entonces observar junto a las ventajas, algunas de las limitaciones e inconvenientes, que con el tiempo habrían de ser caballo de batalla en los sucesivos procesos de desinstitucionalización: los resultados eran favorables para algunos tipos de pacientes, mientras otros muchos quedaban simplemente descartados – “no tenían el perfil adecuado, no estaban motivados; no podían o no querían acudir a esos dispositivos”-. A su vez, la tendencia al abandono era también alta; y finalmente, cuando los pacientes finalizaban el tratamiento programado, su tendencia al deterioro clínico y social era lo más frecuente.

De acuerdo con Thompson(104), la evolución de esa experiencia – del hospital a la comunidad – siguió varias fases ( tabla 1):

1º Salida a la comunidad Con esas observaciones preliminares como referencia, el equipo de Madisson ( con la baja de A.Ludwig y la incorporación de Leonard Stein – más tarde responsable de los servicios públicos del condado- ) se propuso poner a prueba un programa que proporcionara un seguimiento intensivo en la comunidad tras el alta, que trabajara en estrecha colaboración con la red social y familiar de los pacientes, que tuviera gran disponibilidad horaria y flexibilidad de intervención para ayudar a los pacientes a afrontar cuantos problemas surgieran en el desarrollo de su vida diaria. Observaron además que, más allá de similitudes o diferencias diagnósticas ( o de las categorías diagnósticas) los pacientes “ difíciles de dar de alta” compartían una serie de características clínicas comunes: un rango muy limitado de habilidades instrumentales y escasa capacidad de resolución de problemas, intensas necesidades de dependencia ( emocional y práctica) y una alta vulnerabilidad al estrés. Postularon que para estos pacientes, la comunidad ofrecía ventajas importantes frente al hospital para abordar esos problemas ya que propiciaba la adopción de conductas apropiadas, ofrecía modelos de identificación más normalizados que el hospital, y permitía desarrollar entrenamiento en habilidades específicamente necesarias para la vida diaria ( en el hospital los pacientes aprendían, con los nuevos programas, conductas apropiadas para el hospital pero a menudo inútiles para la vida social; en la comunidad podrían desarrollar cambios adecuados a los requerimientos de la vida social general).

Mientras tanto, en la mayoría de los servicios “alternativos a la institucionalización” se estaban descuidando muchas de las necesidades básicas de los pacientes y de los familiares (véase epígrafe anterior – “ una valoración controvertida”-), ó no reunían los ingredientes necesarios de los servicios comunitarios alternativos, que hemos señalado más arriba.

Con estas premisas desarrollaron un modelo de intervención “ Tratamiento Total en la Comunidad” con las siguientes orientaciones: a) enseñar a los pacientes las habilidades ( instrumentales / sociales) necesarias para funcionar en la vida social de la comunidad, b) evitar en lo posible la rehospitalización, c) trabajar con los familiares u otras personas próximas para romper las relaciones de dependencia psicológica ( proceso que denominaron de “ separación constructiva”) , d) tratar a los pacientes como sujetos responsables a los que se animaban a exponerse tanto como fuera posible a las contingencias de la vida comunitaria, e) establecer estrecha colaboración con cuantas agencias que intervenían en la comunidad pareciera necesario, f) interesarse activamente ( asertivamente) en mantener a los pacientes en el programa, evitando en lo posible abandonos del tratamiento.

Iniciaron el desarrollo de este programa dentro de un Proyecto de Prevención de la Institucionalización, poniendo a prueba su eficacia con un diseño experimental - con dos grupos control que seguían dos tipos de atención intrahospitalaria-, que aplicaron a los pacientes más difíciles ( los “ difíciles de dar de alta” ). Para el grupo experimental decidieron unos criterios de ingreso restrictivos ( “ .. tan severa o agudamente psicóticos o depresivos como para requerir un tratamiento somático inminente solo posible en el ambiente altamente estructurado del hospital y con necesidad de buenos cuidados de enfermería”) . Tras cinco meses de aplicación del programa los resultados fueron muy alentadores: los pacientes incluidos en el “ Tratamiento Total en la Comunidad” estuvieron mucho menos tiempo en el hospital que los de grupos control, y presentaron mejores circunstancias en la vida diaria y en actividades “ vocacionales”, aunque los síntomas psiquiátricos se mantuvieron sin cambios significativos. La hipótesis principal quedaba demostrada: Aún los pacientes más difíciles pueden estar en la comunidad si se les facilita la ayuda necesaria (104,105). La brevedad de la experiencia no permitía extraer conclusiones generalizables, pero sí justificaba continuar ensayando cambios en esa línea.

2º Prevención de la hospitalización. Se podía salir del hospital y mantenerse en la comunidad si se proporcionaban los apoyos y el seguimiento necesario. Pero había que demostrar si los pacientes, aún los graves, podían ser atendidos en la comunidad desde el principio, evitando la hospitalización.

Diseñaron un programa específico - “Entrenamiento en la Vida Comunitaria” ( EVC)- y lo pusieron en marcha dentro de una unidad de investigación clínica denominada “ Programa de Tratamiento Asertivo en la Comunidad” ( “Program for Assertive Community Treatment” PACT, acrónimo con el que ha pasado a ser internacionalmente conocido ).

Como puntos nodales consideraron necesario aceptar que la mayoría de los pacientes crónicos presentaban déficits persistentes; y decidieron que el programa debía también ocuparse de sus dificultades para las relaciones interpersonales y para mantener un empleo competitivo.

Los elementos principales de la perspectiva de tratamiento fueron: asumir la responsabilidad de ayudar a los pacientes a obtener recursos materiales básicos como el alojamiento, proveer un sistema de soporte para motivar a los pacientes , para atenuar su soledad y para resolver sus problemas en la vida diaria; los profesionales del programa debían también ocuparse de “capitalizar/rentabilizar” los puntos fuertes de los pacientes; y además, como equipo, debían estar disponibles para los pacientes y para la comunidad en cualquier momento para intervenir allí donde fueran requeridos para abordar cualquier

problema.

Con esta perspectiva, el equipo diseñó un nuevo abordaje experimental, ofreciendo el EVC aleatoriamente a pacientes que, con distintos grados de cronicidad, acudían a ingresar al hospital; el grupo control recibía tratamiento habitual : ingreso breve y seguimiento clínico al alta. Los resultados fueron de nuevo muy favorables al grupo EVC: menor tiempo en el hospital, más tiempo pudiendo llevar una vida independiente, mejores rendimientos en empleo, mayor satisfacción, mejor cumplimiento de tratamientos y menos síntomas. A su vez , no aumentaron ni la carga familiar ni la carga social ( ej. delitos) . Los gastos , fueron similares en ambos grupos, si bien con distinta distribución ( los pacientes del programa experimental gastaban más del 80% del presupuesto en obtener cuidados comunitarios, y el resto fue gastado en hospitalización; para los pacientes de cuidado estandar, la proporción fue a la inversa).

El tratamiento duró 14 meses y fue seguido de un periodo de observación de otros 14 meses: a medida que transcurrió el tiempo, fueron desapareciendo los progresos obtenidos por los pacientes en el EVC: El programa era eficaz, pero los beneficios no se mantenían en ausencia del apoyo.

Varias conclusiones aparecían con bastante claridad: para que los pacientes se mantengan en la comunidad, aún sin que se “curen”, es preciso flexibilizar el tipo de intervenciones ( clínicas y sociales), adecuándolas a las necesidades percibidas por cada paciente; y debe adecuarse también la financiación ( la atención comunitaria no es más cara, pero tampoco más barata ; quizás la ventaja pueda darse en gastos indirectos o a largo plazo ): “ los dólares / las pesetas han de seguir a los pacientes, y han de caminar también desde el hospital al área “. Además, los tratamientos han deben mantenerse, en principio, de forma indefinida.

### 3º Intervención comunitaria pronto y continuada

En la tercera fase, el objetivo era evitar la hospitalización, especialmente para evitar la morbilidad secundaria que aparecía asociada ( estigma, dependencia de la institución, puerta giratoria)

Mientras tanto se estaban ya comprobando en otros lugares los riesgos de abandono de los pacientes y judicialización de la problemas por conductas disruptivas o delictivas (pacientes en la calle, o en las cárceles; situaciones escandalosas que recogen los medios de comunicación; inquietud social por las reformas, primeros indicios de resistencia y rechazo). Se plantearon intervenir de modo que se evitaran esos problemas. Contaban con el apoyo político del gobierno local y de los representantes ciudadanos.

Partían de la importancia de la interacción entre los síntomas y la complejidad de la vida comunitaria; de la gran heterogeneidad entre los pacientes, tanto en los déficits como en los puntos fuertes de cada uno; y del amplio rango de variaciones en la evolución a largo plazo. Entre sus objetivos, destacaba el poner a prueba la evolución de las enfermedades más graves, suponiendo que trastornos como la esquizofrenia podrían mejorar en su evolución si se garantizaba el tratamiento psicosocial y ambiental junto al médico.

En la organización del programa se insistió en depositar en el equipo interdisciplinar la responsabilidad total del tratamiento- sin concertar servicios- que debía establecer alianza con los pacientes a largo plazo (indefinido), y diseñar una estrategia de intervención propia para cada paciente, susceptible de modificarse según cambiaran las circunstancias y necesidades de cada momento.

Desde el punto de vista práctico, se mantenía una proporción 1:10 de

profesionales/paciente, y una organización del equipo que permitía la posibilidad de intervención en crisis las 24 horas del día; también en ellos reposaba la decisión del ingreso y del alta.

Se estableció un diseño experimental para comparar los resultados de este programa (dirigido por Test) frente al programa comunitario de los servicios de salud mental del condado (ahora dirigido por Stein) que presentaba algunas diferencias en la organización, como veremos inmediatamente después (principalmente un equipo móvil para intervención en crisis distinto del equipo nuclear, y algunos servicios clínicos concertados).

El estudio de comparación previsto a 12 años ha publicado algunos resultados parciales, que son inicialmente más favorables al equipo que sigue el modelo original (el mantenido por Test), aunque ambos programas presentan resultados claramente favorables, como alternativas más eficientes que la atención centrada en el hospital (menos días de hospitalización, mejor evolución clínica – aunque discreta- mejor calidad de vida, mayor satisfacción de pacientes y familiares).

#### 4°. Mantenimiento en la comunidad .

Demostrado que para muchos pacientes es posible prescindir del hospital, al menos en gran medida, desde el inicio del tratamiento, los siguientes pasos tuvieron que ver con la organización estable de los servicios de un territorio, que atiende a otros muchos pacientes. Así, en el condado de Dane, se decidió una organización de servicios diversificados, de modo que cada paciente pudiera hacer un uso diferenciado, según sus necesidades.

Para atender a los pacientes más graves, se dispuso un “Equipo Móvil de Tratamiento Comunitario”. Los criterios de inclusión en ese equipo fueron: pacientes con ingresos recidivantes y crisis frecuentes, que rechazan los tratamientos, muestran muy mala adherencia, no se cuidan, y necesitan supervisión y apoyo social continuado. Con respecto al anterior “Tratamiento Comunitario Asertivo” presentaba algunos cambios(106):

Más énfasis en el criterio clínico para individualizar las acciones con cada paciente

En ocasiones, se conciertan intervenciones fuera del equipo

Manteniendo el criterio inicial de “la separación constructiva”, se trabaja más específicamente con las familias emocionalmente más alteradas: con sobreimplicación o intolerancia, y se incorpora la psicoeducación como un componente esencial en el trabajo con familias.

También se modificó el criterio respecto a la hospitalización, que deja de ser visto como la última medida a tomar. Pasa a ser considerado un elemento también importante del conjunto de dispositivos de atención comunitaria.

5°. Un sistema de cuidados. En la posterior experiencia de Stein (106,107), lo que quizás resulte más innovador que el “equipo móvil” para los pacientes más difíciles, es la configuración de un sistema de cuidados pensados para dar respuesta a diferentes necesidades de los distintos subgrupos de pacientes: así se dispone de un equipo móvil de intervención en crisis disponible las 24 horas del día, un programa de rehabilitación psicosocial basado en el modelo de Fountain House, una clínica de atención ambulatoria, y una amplia gama de servicios “vocacionales”, viviendas y hospitalización. Se cuida que cada paciente reciba el nivel y gama de servicios que requiere, y se sigue cuidando la evitación de hospitalizaciones innecesarias, siendo el equipo de intervención en crisis quien ejerce de filtro a la hospitalización. Además, los responsables administrativos no pagan los servicios considerados no necesarios por el “Board” (a modo de consejo de administración,

con participación ciudadana); y se reconoce como objetivo del sistema el ofrecer la gama de servicios necesarios lo más barato posible para capacitar a cada paciente a vivir en la comunidad, minimizando los reingresos y maximizando su independencia y calidad de vida. Como suceden en el resto del mundo, las necesidades de los pacientes más graves compiten con las del resto de pacientes, lo que exige mantener criterios éticos en la distribución de presupuestos informados con estudios de efectividad y eficiencia de los distintos tipos de intervención.

Sin haber sido evaluada de forma exhaustiva esta última experiencia, en Dane tienen menos pacientes de larga estancia ( 10 por 100.000 frente a los 50-75 de la media en los Estados Unidos), y el porcentaje de gasto destinado al cuidado comunitario extrahospitalario es el 85% ( el resto, hospitalario).

Otra importante dimensión de este programa es el que cuenta con el reconocimiento académico para formación de residentes de Psiquiatría.

Réplicas de esta experiencia. La generalización de los programas ACT

Como ya dijimos, esta experiencia de Madison produjo un gran impacto entre quienes seguían los procesos de reforma: inicialmente en Estados Unidos, y más tarde en otros países ( Australia, Canadá Inglaterra, España).

Así, en Estados Unidos el NIMH reconoció el sistema de atención del condado de Dane como centro nacional para la formación en programas de soporte comunitario y definió la necesidad de generalizar los Community Support Programs en 1977 (108)- tabla 3-, en buena parte bajo la influencia del trabajo pionero del equipo de Madisson.

Por otra parte, en la tradición norteamericana de trabajadores sociales y enfermeros, se había venido acumulando experiencia de trabajo en sistemas de “case management” ( en adelante cm, o gestión de casos ) en otros ámbitos distintos de la atención psiquiátrica, como estrategia para solventar la fragmentación de servicios sociales y sanitarios. Esta tradición, junto a la experiencia de Madison, sirvió para que se generalizaran en el ámbito de los servicios de salud mental muy diversas variedades de programas de seguimiento comunitario que genéricamente se conocen como de cm.

Aunque más tarde lo consideremos con algún detalle, conviene advertir que dentro del conjunto de programas cm se dan enormes diferencias, estando en un extremo los programas tipo TCA y en el otro los programas “broker cm” ( o modelo de corretaje), en las que el gestor de casos se dedica fundamentalmente a facilitar y coordinar administrativamente las intervenciones de distintos profesionales o agencias, de modo que en algunos aspectos parecen opciones contrapuestas : El TCA, que requiere trabajo en equipo y responsabilidad directa sobre todo tipo de intervenciones parece un modelo apropiado para los servicios públicos; el modelo de cm de corretaje es más empleado por aseguradoras privadas, que pretenden reducir al máximo el uso de servicios –aunque obtienen a veces resultados opuestos a los deseados (109)-. Con el desarrollo de esta nueva organización de los servicios surge una nueva figura , el case manager – gestor de casos – cuyos cometidos también serán bien distintos según el programa en que se incluyan ( 110-113) ( ver tabla.s 2-4)

A su vez, el uso indiferenciado del término cm para designar muy distintas modalidades de organización de servicios entraña grandes dificultades para su estudio comparado, con la consiguiente confusión y dificultad de establecer diferencias. Para esta revisión he tenido en cuenta otras revisiones globales sobre el tema disponibles en la literatura, especialmente las de Thompson, de 1990(104) , Holloway de 1995 (114,115) y Mueser de 1998 (116),

además de número monográfico sobre este tema de la revista *Santé Mentale à Québec* (6,106,117-120) ( ver tabla 4)

Las dos réplicas más tempranas (121) surgieron en lugares tan alejados como el condado de Kent ( programa Harbinger) en Michigan (EEUU) ( 122), y en Sydney ( Australia) (123). En ambos casos, los responsables de los programas pasaron un tiempo de formación con el equipo de Madisson, contando por tanto con una cierta garantía de fidelidad teórica al modelo.

En el programa Harbinger se aplicó un diseño experimental análogo al de Stein y Test, distribuyendo aleatoriamente al programa experimental o al control ( ingreso breve y seguimiento clínico tras el alta) a pacientes que acudían voluntariamente a ingresar . A los 30 meses de desarrollo del programa obtuvieron resultados también similares a Stein y Test: los pacientes adscritos al TCA habían alcanzado niveles mucho más altos de funcionamiento global que los pacientes del grupo control y habían sido ingresados con una frecuencia cinco veces menor que aquellos. Lo más decepcionante fué que a largo plazo ( cinco años y medio más tarde ), los beneficios inicialmente obtenidos por los pacientes se fueron perdiendo, o al menos fueron desapareciendo las diferencias con el grupo control. La explicación más razonable que se encontró hacía referencia a tres aspectos – muy a tener en cuenta porque habrán de ser repetitivos en sucesivas experiencias análogas- : 1) por una parte la desmoralización del equipo, sometido a frecuentes cambios en su composición; 2) a lo que se añadía la inconsistencia del mantenimiento del programa ( por dificultades administrativas), que no garantizó un seguimiento acorde con los propósitos del mismo, y 3) el que los pacientes del grupo control se beneficiaron de haber ido incorporando aspectos parciales del programa asertivo experimental en su seguimiento, con lo que las diferencias entre grupos disminuyen .

También el equipo de Sydney siguió los mismos pasos iniciales -formación con el equipo de Madisson, réplica de la experiencia de Stein y Test-, y obtuvieron también el mismo tipo de resultados ( menor frecuencia y duración de los ingresos, mayor satisfacción de pacientes , mejor funcionamiento social.... ), incluso mejores en cuanto a la evolución de síntomas . Como problema principal señalaron mayor frecuencia de intentos de suicidio en el grupo experimental que en el grupo control ( 10% frente a 0). Supusieron que los esfuerzos para evitar el ingreso pudieron suponer para algunos pacientes un incremento del riesgo de suicidio ( lo que afortunadamente no ha sido replicado en otros estudios análogos)(124)

Es resto de programas que vamos a comentar , aunque sigan teniendo como referencia la experiencia de Madisson ya se alejan en algun aspecto más o menos significativo de aquella , generalmente por exigencias derivadas del tipo de población a la que se dirigen o por el contexto en que se ponen en marcha.

El programa Bridge (125-128), del centro de rehabilitación psicosocial de Thresholds, en Chicago. Es el primer programa aplicado y evaluado en una gran ciudad. El equipo ya venía trabajando desde los años cincuenta sobre proyectos de alojamiento y trabajo para expacientes; contaban por tanto con experiencia. Modificaron el programa de Madison para adaptarlo a una megalópolis caracterizada por el deterioro del tejido social, la complejidad de los circuitos administrativos y la ausencia de control sobre el sistema hospitalario ( uno de los factores limitantes de la experiencia de Madison en cuanto a su validez externa es que allí son relativamente escasas las bolsas de marginación, pobreza y desarraigo).

Pusieron en marcha un programa de seguimiento asertivo, con un equipo formado por

enfermeros y trabajadores sociales, sobre la base de asumir las cargas y responsabilidades de forma colectiva, y con la perspectiva generalista e igualitaria (poco gerarquizado) que era común en los primeros centros de rehabilitación psicosocial. La estrategia de intervención consiste en que el propio equipo proporcione cuantos servicios estén a su alcance y coordine el resto (ej. al no disponer de psiquiatra en el equipo, tienen que recabar colaboración de un centro ambulatorio de otra institución).

Al compararlo con el TCA, los autores comentan que así como aquél se ofrecía como una alternativa completa al hospital, el “Bridge” se ofrece como un servicio para la supervivencia y “apagar fuegos”, sirviendo de enlace entre las personas marginadas y abandonadas y un sistema de servicios fragmentados y especializados.

El programa, aún con medios modestos, ha tenido gran impacto en la reducción de la hospitalización; y en aquél medio es muy valorado por su capacidad para resolver la relación entre “generalistas” que trabajan en contacto directo con los pacientes, y especialistas que trabajan en la clínica (y que cobran por aseguradoras y Medicaid; no así, los psiquiatras de algunos programas TCA, que no son aceptados por Medicaid).

Los resultados del programa experimental aplicado durante un año están en la línea de lo que cabía esperar: menos ingresos, mayor nivel de satisfacción, mejor funcionamiento en la vida diaria.

En este estudio ya se puso en evidencia uno de los problemas de estos programas en las grandes ciudades, que es una alta tasa de abandonos. El mismo problema se encontró en siguiente estudio en gran ciudad (esta vez en St Louis) en una aplicación del programa a población que vive en la calle, llegando la tasa de abandono al 41% en seis meses de seguimiento, aunque quienes siguieron en el programa sí obtuvieron algún beneficio (menos días en la calle, mayor satisfacción con la atención recibida).(161)

Este tipo de programas asertivos se han aplicado también a subgrupos específicos por sus especiales dificultades de seguimiento, especialmente a pacientes psicóticos y consumidores de drogas(129) y a pacientes sin hogar, consiguiendo siempre mejorar la calidad de vida, adherencia a los tratamientos y mejorías más o menos sustanciales en su recuperación clínica y social.

TCA en Europa. La difusión de estos programas estuvo limitada durante muchos años a EEUU, Australia y Canadá. Quizás los únicos programas análogos pudieran estar siendo los del servicio público de Finlandia (programas de atención comunitaria intensiva y continuada, de perspectiva integradora, dirigidos fundamentalmente a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia)(162) y algunas experiencias en Italia, a las que antes nos hemos referido(29,64,94).

La primera publicación de una experiencia europea del programa TCA no aparece hasta 1994 (132-133), desarrollada por un equipo de salud mental comunitaria vinculado al hospital Maudsley (que trabaja de 8,30 de la mañana a 9 de la noche). Aplican el programa EVC a 189 pacientes (en su caso lo denominan “Programa de Vida Diaria” – PVD) que viven en un área socioeconómicamente deprimida del centro de Londres. Sus resultados (valorados en dos momentos, tras un año de experiencia, y a los 20 meses) se aproximan a los de Madison y Sydney. De hecho obtienen, al igual que en aquellas experiencias, una reducción del 80% en el número de estancias frente al grupo control con tratamiento estándar, siendo éste el motivo principal de abaratamiento de costes. Lo que resulta llamativo es que el número de ingresos en ambos grupos fué el mismo. Ingresaron en

alguna ocasión el 88% de los pacientes ( en el grupo PVD, 71% ingresaron al inicio del tratamiento, y el 17% a lo largo del mismo ), pero disminuyó de forma muy significativa el tiempo de estancia en el hospital - ¡ sólo en la primera fase mientras el alta dependió del equipo comunitario; cuando meses más tarde, por problemas administrativos, el alta pasó a depender de los médicos del hospital, las estancias se prolongaron!-. La reducción de estancias con esa población de 189 pacientes significó, a lo largo del año, el ahorro de 10 camas de hospital durante todo el año.

Otros trabajos, centrados sobre la actividad de los equipos comunitarios de enfermería( 134), han concluido que su práctica puede mejorar sensiblemente si se proporcionan programas de actualización especialmente para capacitarles para realizar intervenciones familiares ( evaluación de necesidades y programas psicoeducativos ). Y han concluido también en que esos equipos no son más eficaces al implantar modelos de case management (135).

También en Londres se han desarrollado dos series de estudios muy importantes: uno de ellos, el proyecto TAPS, cuyos resultados se publicaron en los primeros años noventa, coordinado por Julian Leff (41, 136) , ha estudiado las consecuencias de la desinstitucionalización en orden a identificar el tipo de servicios comunitarios de que debe ir acompañada – ¡los hospitales psiquiátricos sólo pueden ser vaciados si se desarrollan ampliamente servicios comunitarios-! ; y otro posterior, el proyecto PRiSM, coordinado por Graham Thornicroft, cuyas conclusiones – críticas con el énfasis que venía concediéndose en la literatura a los programas comunitarios asertivos- ha dado origen a la viva polémica a la que hacía referencia al comienzo del capítulo (2-5).

Este proyecto PriSM ha comparado la eficacia de dos programas: uno de intervención intensiva ( que consta a su vez de dos equipos, el de mañana efectúa una intervención tipo PVD y el de tarde-noche atiende crisis ). Los resultados confirman las ventajas de los equipos asentados en la comunidad frente a los organizados en torno al hospital. Pero en lo que respecta a la comparación entre los dos modelos de atención comunitaria, encuentran resultados sólo un poco más favorables en el equipo de intervención intensiva, lo que en su opinión no justifican suficientemente su supremacía sobre los equipos comunitarios estándar. Lo que sí confirman es la importancia de las circunstancias sociales en los resultados: los pacientes que viven más aislados mueren más frecuentemente por causas no naturales, realizan más intentos de suicidio, más ingresos involuntarios, disponen de redes sociales más pobres y hacen menos uso de los servicios comunitarios - ¡ de nuevo se cumple la ley de cuidados inversos !- .

La polémica desatada con los defensores del programa TCA gira sobre todo en discutir cuestiones metodológicas, pues opinan que la razón de sus resultados relativamente pobres estriba en que el programa PriSM no reúne los criterios de programas TCA (especialmente por no ser el mismo equipo quien se hace responsable de toda la intervención, además de otros aspectos poco claros respecto al tipo de intervenciones efectuadas). La continuidad de esta polémica promete tener repercusiones respecto al tipo de programas comunitarios que se irán adoptando en Europa.

Finalmente, los ingleses han iniciado un ambicioso proyecto de seguimiento de un grupo de 700 pacientes que están siendo atendidos en distintos servicios comunitarios, y de cuya evolución, según distintos parámetros clínicos y sociales se proponen ir informando en los próximos años (139,140)

La dilución de sus principales ingredientes en los programas de “case management”.

Al exportarse, el TCA/EVC fue modificándose ( ya lo vamos viendo); a veces en aspectos sustanciales. Un cambio muy importante es el paso de la organización de la tarea del equipo al profesional individual. Tal es el caso de su aplicación en Spokane, una localidad de Washington: la carga del seguimiento del paciente se depositó en un profesional y no en el equipo, que desarrolló la mayor parte del trabajo en su despacho, y no en el medio. Se aplicó sobre psicóticos jóvenes, muy recidivantes. Entre sus resultados - tras cinco años de seguimiento- cabe destacar que junto a la ya esperada disminución en el uso de días de hospitalización, obtuvieron un incremento notable en el uso de recursos residenciales supervisados ( el triple que los pacientes del grupo control). Este resultado, similar a los que más tarde han ido encontrándose en otros estudios, alerta acerca de la importancia de los dispositivos residenciales disponibles como factor condicionante de la eficacia de los programas de seguimiento intensivo en la comunidad.

De las distintas dimensiones de cada modelo que ha ido surgiendo nos puede dar idea el esquema de la tabla 5. Los aspectos más determinantes de los distintos modelos son: el trabajo individual o en equipo, la proporción de pacientes por profesional, la garantía de continuidad de cuidados y la intensidad del compromiso- y de la actividad -clínica que se asume o que se deriva a otros servicios externos, concertados.

En cualquier caso, el tipo de responsabilidades que se adscriben al equipo o al gestor del caso son las siguientes ( 110-119):

Identificación de pacientes y filtro de acceso al programa

Evaluación de necesidades

Facilitar el “enganche” y resolver sobre las barreras de acceso

Actuar como “agente” del paciente

Defensa de los servicios necesarios para los pacientes ( accesibilidad, calidad )

Coordinar las distintas intervenciones ( bien sean las realizadas por el propio equipo, en el caso TCA, bien las efectuadas por otros)

Planificar el conjunto de intervenciones adecuadas para cada paciente, conjuntamente con los responsables clínicos ( especialmente cuando el gestor del caso no es un clínico)

Atención clínica directa ( grandes variaciones según modelos)

El profesional individual en el centro de la red, coordinando todas las actividades es el paradigma de los distintos programas de case management( 141-149). El equipo , lo es del TCA. En algunos programas de CM intensivo varios profesionales comparten sus respectivos casos, por lo que en la práctica son muy similares a los de TCA (124) (tabla5)

Análisis de los resultados.

A la hora de valorar resultados, conviene tener en cuenta las siguientes cuestiones :

1º La señalada dificultad de generalizar resultados, por la diversidad de experiencias, a veces muy distintas aunque genéricamente se denominen de case management, o de intervención comunitaria. La diversidad de sistemas organizativos en los que actúan es una variable de otro nivel que introduce sesgos inevitables ( piénsese en las diferencias entre un servicio del NHS o de nuestro SNS versus una MHO estadounidense).

2º El modelo más a menudo puesto a prueba con diseño experimental es el Tratamiento Comunitario Asertivo, con diferencia frente a todos los demás. Últimamente, también el llamado CMI ( case management intensivo), está siendo puesto a prueba con más frecuencia. De hecho, como en la reciente publicación del grupo australiano ( 124), algunos programas CMI tienen escasas diferencias con el TCA, por lo que a veces se agrupan ambos en los estudios globales de resultados – como ha hecho Mueser en la revisión más amplia de este tema efectuada hasta la fecha(116) .

3º Aún hay otras dificultades para extraer conclusiones firmes, como son las siguientes: a) no sabemos hasta qué punto las ventajas de un programa que se pone en marcha para ser valorado según un diseño experimental, se mantendrán cuando pase a ser una práctica rutinaria ( el conocido sesgo derivado de la propia situación experimental – efecto Hawthorne- ); algunos programas TCA o CMI ya han sido valorados según su aplicación rutinaria, pero otros no; b) en los estudios están presentes importantes variables no controladas, como la formación y experiencia previa de los profesionales de cada uno de los grupos que se evalúan, o el apoyo político/administrativo con que cuentan, la implantación socio-cultural de la atención comunitaria según los sitios, la receptividad y colaboración que ofrezcan otros equipos y servicios sociales o sanitarios ( efecto un tanto “intangible”, que actúa en la creación de opinión y de expectativas). Así por ejemplo, los resultados del estudio de Alexander y cols (150) que demuestran las escasas expectativas de los administradores sanitarios respecto de la eficacia de la atención comunitaria puede ejercer una influencia, negativa en este caso, difícil de demostrar sobre los resultados de algunas experiencias.

#### Síntesis de resultados concretos

En la revisión de Mueser se contabilizan 75 estudios que informan de resultados de la aplicación de los programas, de los que casi la mitad se refieren a estudios experimentales con grupo control. Posteriormente se han publicado algunos más, siendo especialmente interesantes los publicados recientemente en el British Journal of Psychiatry a los que hemos ido haciendo referencia más arriba.

En esa revisión se reagrupan los distintos programas con resultados publicados en tres grandes grupos (tabla 5), y se analizan conjuntamente los resultados del TCA y del CMI por considerar que la única diferencia notable entre ambos es la responsabilidad de la tarea, en equipo o en un profesional ( a pesar de que tanto Test como Stein hayan expresado en más de una ocasión su opinión contraria a que el TCA sea considerado una variedad de “ gestión de casos”).

En ocasiones, las diferencias entre programas son tales que en algunos aspectos pueden considerarse contrapuestos- especialmente entre el ACT y la gestión de casos ( modelo corretaje)-. Los programas ACT son llevados a cabo por equipos multiprofesionales que asumen la responsabilidad de atender todas las necesidades ( clínicas y sociales) que presentan los pacientes, ofreciendo cobertura 24 horas al día los 7 días de la semana, trabajando en directo sobre el terreno ( 80% del trabajo fuera del despacho) y con una baja proporción de casos por profesional ( media de 120 pacientes para equipo de 10 profesionales ... máximo 18) , frente al gestor de casos que evalúa, deriva y hace un seguimiento coordinado de las intervenciones de otros, recayendo la responsabilidad de la gestión en un solo profesional, que realiza su tarea fundamentalmente en el despacho, y se

encarga de un amplio grupo de pacientes ( 1/ 50). No es extraño que los resultados sean también distintos, por lo que los comentaremos aparte  
Por otra parte, faltan estudios “de segunda generación”, que comparen la eficiencia de dos variantes de programas CM y TCA. Sólo dos confrontan resultados de c.m.clínico y c.m. intensivo ( CMI) ( 124,147)

Los programas de cm de corretaje y cm clínico apenas han sido puestos a prueba en estudios tipo ensayo clínico, aunque sí se han publicado estudios descriptivos:  
La valoración de Franklin sobre la aplicación del primer modelo ( de corretaje ) en Texas ( donde el gestor de casos tiene específicamente contraindicado efectuar actividad clínica) es que la coordinación de servicios por sí misma no tiene un impacto significativo sobre la reducción de los ingresos ni sobre la calidad de vida ( aunque sí sobre la satisfacción de los pacientes). Concluye comentando que “ la gestión de casos” no puede estar dissociada de su escenario de operación y su eficacia está unida a la disponibilidad de recursos” (109)

En cuanto al modelo de cm clínico el estudio más amplio es el de Ridgeley( incluye algunos cm intensivo CMI), en 1996 (113) , que revisa 41 programas de cinco grandes ciudades, lo que abarca 1800 pacientes (“clientes”) y 414 gestores de casos ( cabe destacar que en cuenta una tendencia generalizada de los gestores de casos a acabar proporcionando la atención clínica principal -aún cuando ése no fuera su propósito- ante el fenómeno de las listas de espera y la carencia de recursos en los servicios de apoyo, al igual que en los de alojamiento o inserción laboral). Los resultados de la mayor parte de esos casos sobre la frecuencia de hospitalización y otros parámetros ofrecen ventajas discretas o inapreciables frente a la atención habitual en los centros.

En cuanto a los programas más intensivos y completos ( TCA y CMI )

El resultado más consistente desde los primeros estudios es que los pacientes atendidos por programas de seguimiento intensivo ( TCA o CMI) pasan mucho menos tiempo en el hospital y mantienen mayor estabilidad en su domicilio ( ya sea domicilio familiar, individual, o residencia con algún tipo de apoyo), y tienen mayor capacidad para llevar una vida independiente, con menos vagabundeo en la calle o situaciones de abandono (104,116,151-155). Existen sin embargo variaciones importantes en cuanto a la hospitalización : lo más frecuente es una drástica reducción en el número total de días que pasan los pacientes en el hospital, tanto por menor frecuencia de ingresos como por estancias más breves; pero no siempre es así, como vimos que ocurrió en la experiencia inglesa (132)

2.Otro resultado claramente favorable es el nivel de satisfacción de pacientes y familiares. Ambos parecen preferir la atención centrada en cuidados comunitarios que en el hospital. En algunos casos, los propios investigadores comentan su sorpresa por la buena respuesta de los familiares ante estos programas.

El rechazo que a veces han expresado los familiares ante la desinstitucionalización se modifica sustancialmente ante programas tipo TCA que se ocupan seriamente de atender las necesidades reales de los pacientes y suponen un importante factor de protección frente a los efectos del estigma social y frente al riesgo de abandono

3. También mejoran los indicadores de calidad de vida; en la mayor parte de los trabajos en concordancia con el menor tiempo en el hospital y mayor estabilidad en el domicilio (140,156).

Los primeros resultados del ambicioso trabajo inglés sobre eficacia de los programas comunitarios intensivos (140), se refieren a factores predictores de la calidad de Encuentran que las necesidades básicas no satisfechas ( vivienda, comida, dinero ), junto con variables clínicas (especialmente la depresión ) y situación social ( necesidad de compañía, de sexualidad compartida y de relaciones íntimas) son los factores que explican la mayor parte de la varianza con la calidad de vida. Insisten por ello en la necesidad de que los clínicos formen parte de los equipos comunitarios.

4. En diez estudios se ha atendido a las complicaciones judicial-penitenciarias, informando dos de ellos de menos complicaciones y menos tiempo en la cárcel para los paciente en programas TCA, no habiendo variaciones sustanciales en otros siete. Sólo en la primera experiencia ( la preliminar de Marx y cols en Madisson) los pacientes de programas comunitarios pasaron más tiempo en la cárcel que el resto - que pasaron la mayor parte del tiempo en el hospital, sin apenas oportunidad para delinquir ( ).

5. En cuanto al ajuste social, los resultados favorables - valorando calidad de relaciones sociales y desempeño de roles – se encontraron en las primeras aplicaciones de estos programas, sin que en muchos otros posteriores se hayan mantenido esas ventajas de forma clara. Esta ausencia de mejoría resulta sorprendente teniendo en cuenta que el ajuste social es uno de los principales objetivos de estos programas. Se han aducido problemas metodológicos ( adecuación de los instrumentos de medida, duración relativamente breve, meses o pocos años, de las situaciones experimentales) , y también posibles explicaciones en el propio contenido del programa: algunos autores han señalado que en ocasiones la supervisión sobre las actividades de los pacientes puede ser excesiva e inducir una cierta pasividad.

6. En cuanto al empleo y actividades “ vocacionales” tampoco hay resultados favorables concluyentes, ni tan siquiera en el grupo de 122 pacientes seguidos por Test durante siete años. La propia autora achaca estos pobres resultados a que no se incluyeran de forma específica y programada actividades en este área, lo que recomienda hacer en el futuro. De hecho las tres publicaciones que informan de buenos resultados de cara al empleo se referían a programas que habían incluido una intensa actividad en lo laboral, centrada especialmente en aprovechar al máximo las oportunidades de empleo en la comunidad.

7. En cuanto a los síntomas, en la mitad de los estudios se observa una reducción significativa , y en ningún caso peor evolución que con tratamiento estándar. El objetivo principal de los programas de seguimiento no es la reducción de síntomas per se, aunque podrá ser una de sus consecuencias. La reducción de síntomas fué más relevante en los primeros estudios, lo que no ha sido claramente explicado. Quizás existe algún sesgo en la preselección de pacientes ( cada vez más a menudo se incluyen pacientes muy cronificados y muy recidivantes ). En todo caso, ésto indica la necesidad de que los progrmas comunitarios se combinen adecuadamente con las técnicas terapéuticas más eficaces.

8. Otros aspectos importantes en la clínica, como la adherencia al tratamiento, ha sido valorado pocas veces, informando de importantes progresos en la adherencia en la mitad de las ocasiones, y falta de cambios significativos en el resto ( 116, 157,158). Algunos autores señalan que el que los pacientes pasen menos tiempo en el hospital sugiere que los pacientes se adhieren mejor a los tratamientos.

9. Los programas de seguimiento intensivo se han aplicado con buenos resultados en subgrupos específicos de población: en pacientes “sin hogar”, que viven en las calles y peregrinan por albergues y hospitales (159-161), en pacientes psicóticos con problemas sobreañadidos de abuso o dependencia de drogas (129) y, en programas específicamente dirigidos a facilitar el tratamiento de pacientes con esquizofrenia , con el propósito de mutua potenciación entre la intervención comunitaria y la estrictamente clínica – también con muy buenos resultados en la evolución global de los pacientes (90, 91,162-164 ).

Desde el punto de vista del coste-efectividad, distintos informes apuntan a resultados francamente favorables: no se produce ahorro, sino mejor calidad de vida con un gasto muy similar – lo que no se puede esperar es en proporcionar una buena atención comunitaria con un gasto mucho menor que el que habría originado el paciente en el hospital ( 165-166)

## B. En cuanto a los programas de case management

Lo primero que llama la atención es la escasez de estudios de evaluación publicados. De la información disponible, destacamos:

### 1. escasa relevancia clínico-asistencial y dudosa pertinencia

Los programas de “gestión del caso” propiamente dichos, donde el “gestor” se limita a tareas de coordinar la administración de servicios que efectúan otros, su pertinencia y eficacia depende de la accesibilidad y calidad de los servicios con los que opera, y del grado de fragmentación, cuando no franca incompatibilidad de modelos o intereses, de los distintos equipos y agencias que tiene que coordinar. Por ésto, los resultados son bien dispares según distintas experiencias. En unos casos, como muestra el análisis de resultados del programa en Texas, donde explícitamente se pretende que el gestor no asuma ( al menos en teoría) responsabilidad ni tarea clínica alguna, se consiguen más estancias hospitalarias que con atención estandar. Y , a tenor de los resultados del estudio del grupo Chocrane, las estancias hospitalarias son globalmente mayores en estos programas .

.Además, por lo general se aplican en empresas aseguradoras en la que se traslada el peso del seguimiento al área administrativa-control de gasto, sin que se prioricen los beneficios clínicos-, por lo que no es extraño el recelo de los profesionales a aceptar estos programas. Lo que uno se plantea ante estos informes es la pertinencia de modelos centrados en la contratación de servicios a múltiples agencias privadas, frente a la cada vez más clara necesidad de servicios integrados con mínima fragmentación y mínima concertación de servicios externos.

Otro grupo de problemas, como hemos señalado en otra ocasión(167), derivan del papel a desempeñar por el “gestor del caso” en la evaluación y definición de necesidades: Por una parte, los criterios del “gestor” pueden no ser coincidentes con los de otros

profesionales, los clínicos, que han de intervenir en el tratamiento: los criterios del “administrador de recursos” (qué tipo de intervenciones, cuánto tiempo, con qué secuencia ..) pueden chocar con la opinión de los clínicos, ya psicoterapeutas, ya rehabilitadores. Junto al problema técnico está también el de la responsabilidad ( ¿ quién rinde cuentas a quién? ) y la significación que unos y otros adquieren para el paciente ( ¿ como compartir o, en su caso, transferir la alianza terapéutica de unos a otros cuando no forman parte de un mismo equipo, ni tan siquiera quizás de la misma empresa? ). No es fácil, en el modelo más administrativista de gestión de casos, dirimir estas cuestiones. De ahí buena parte de la desconfianza y del rechazo que estos programas han inducido en muchos profesionales. Otra cosa distinta es en el caso de modelos más próximos al TCA, donde la responsabilidad recae en el equipo, que asume como propia la tarea de resolver estas cuestiones.

De una forma parcial vemos el problema en el caso del CMI, donde la cuestión de la alianza terapéutica está claramente orientada hacia el “ clínico-gestor”, aunque éste tendrá que abordar la cuestión de cuidar la relación con los otros profesionales (terapeutas/rehabilitadores), que pueden ser ajenos a su equipo.

Parece claro que el “gestor de caso” puede jugar papeles bien distintos según la organización sanitaria en la que se aplique: en redes de servicios privados o concertados, donde el riesgo de desconexión es tan grande, está llamado a ocupar el espacio de coordinador de múltiples intervenciones, en cada momento y a lo largo del tiempo, con los riesgos antes señalados y dejando abierta la cuestión de cómo dirimir los posibles conflictos de intereses, de objetivos, o de expectativas entre pacientes, familiares, clínicos y gestores . Su eficacia real dependerá en gran medida de la relevancia funcional que se le adjudique por cada uno de las partes implicadas. Las experiencias en las que se ha contado con expacientes como gestores de casos no parece que hayan mejorado mucho los resultados(168).

### Los ingredientes esenciales

Hemos visto que los programas comunitarios que parecen proporcionar mejores resultados son los de tipo TCA. Ante el escaso desarrollo de estudios de segunda generación (comparación de la eficacia y eficiencia de distintas modalidades), la valoración global no puede ser sino tentativa, teniendo en cuenta las opiniones más autorizadas. Marks y su grupo alertan sobre el riesgo de sacar conclusiones precipitadas, ya que los efectos favorables tanto pueden deberse al hecho de prestar una atención comunitaria ( especialmente domiciliaria en su experiencia ), como al trabajar con un abordaje centrado en los problemas, o el proporcionar aprendizaje en habilidades para la vida diaria, el mantener un seguimiento asertivo, o al hecho de que sea un equipo quien se hace cargo de todos los problemas en lugar de delegar en agencias diversa, u otros aspectos.

Desde luego, el que se asegure la continuidad e integralidad de los cuidados parece un ingrediente esencial; al igual que el trabajar “in vivo” y sobre el terreno. Otros aspectos sobre cuya importancia se ha insistido es la consistencia de la alianza terapéutica y los efectos de la intervención sobre la red social de los pacientes:

Ni el PTCA ni el CMI proponen intervenciones psicoterapéuticas específicas, y se ha evaluado poco la importancia de la relación interpersonal entre los profesionales y el paciente. Aún así, en la mayor parte de los casos, la relación es intensa y sostenida; e incluye muchos ingredientes inespecíficos de algunas modalidades de psicoterapia de

apoyo ( importancia de la relación interpersonal; intervención focalizada, centrada en aspectos prácticos, reforzando las defensas, propiciando nuevos aprendizajes – para afrontar situaciones de la vida diaria- , haciendo posible la identificación con los profesionales ...) , si bien el encuadre del tratamiento y de la relación ( muy flexible ) es bien distinto del habitual en psicoterapia . La alianza terapéutica, originalmente estudiada por la psicoterapia de orientación psicoanalítica ha sido incorporada a otros modelos , modificándose conceptualmente, de modo que puede ser entendida como un fenómeno interpersonal que implica cierto grado de acuerdo sobre la relevancia percibida de las tareas definidas como terapéuticas y los objetivos de la intervención, y se sustenta en la fuerza de los vínculos interpersonales entre terapeuta y paciente ( ej mutua confianza y aceptación ). Algunos autores consideran que la alianza es necesaria para llevar a cabo el tratamiento, pero no actúa como un factor de cambio por sí misma. Sea como factor mediador o por su influencia directa , su importancia parece fuera de duda. Algunos estudios ponen en evidencia la importancia de la alianza terapéutica en estos casos ( Lam 1980), de modo que los pacientes valoran más la calidad de la relación con el “gestor” que otros aspectos de la estructura del programa (154), y otros han demostrado la correlación entre calidad de la alianza terapéutica y resultados de los programas de seguimiento (148,169). Aún en otros casos se ha encontrado correlación entre algunos parámetros específicos de la relación ( comprensión, criticismo) , y resultados (frecuencia de hospitalización o estabilidad en el trabajo)( 170).

En cuanto a las redes sociales, se ha señalado que el propio equipo se constituye para muchos pacientes como una red de protección, que operaría como tampón frente a situaciones de estrés ( según el modelo de vulnerabilidad-estrés para esquizofrenia ), de modo análogo a la familia u otras redes de proximidad, y está abierta una línea de investigación respecto a la relación entre programas de seguimiento, redes sociales y resultados ( 171,172).

Finalmente, también se ha señalado la mejor adherencia a los tratamientos – farmacológicos o intervenciones psicoterapéuticas - como factor mediador de la mejoría (157,158). Y otros autores señalan la importancia de tener en cuenta el tipo de tratamiento clínico proporcionado; al final y al cabo, los programas de seguimiento, aún con sus propios ingredientes terapéuticos, no dejan de ser un vehículo a través del cual los pacientes acceden a terapias específicas ( 3,143).

La importancia de incluir a la familia en el tratamiento también aparece cada vez más como un ingrediente más importante. McFarlane encuentra los mejores resultados ( sobre aspectos clínicos y sociales, incluido mejoría en conseguir trabajo ) al añadir tratamiento multifamiliar a los programas de seguimiento(91)

Problemas derivados de la aplicación en la práctica de los programas intensivos

#### 1. Paternalismo –control- eticidad problemática de la intervención asertiva

Se ha señalado como problemática la insistencia de los profesionales (“asertividad”) en que los pacientes no abandonen ni se desconecten, por el riesgo de sobrepasar las barreras de la autonomía de aquellos pacientes que parecen mostrar preferencia por vivir en condiciones precarias a mantener relaciones de dependencia con los profesionales(104,106)). Y lo cierto es que este lema de la asertividad parece haber servido en más de una ocasión de parapeto para actuar expeditivamente con pacientes remisos a acudir a tratamientos ( ej en los

programas de mantenimiento de retard “a toda costa” a los psicóticos que merodean por las calles de Nueva York) .

De hecho la asistencia a un amplio grupo de pacientes con dudosa u oscilante “conciencia de enfermedad” ( rechazan el tratamiento) se plantea como un difícil equilibrio entre el respeto a su autonomía, con la consiguiente aceptación del riesgo de recaídas ( hospitalización, conductas delictivas..... ) , vs la opción de forzar la adherencia a tratamiento.

En la historia de la desinstitucionalización, no han faltado voces denunciando ambos extremos: Lamb ha denunciado el abandono, “justificado” como respeto a la libre voluntad de los sujetos pacientes (56); otros denuncian la intromisión, “justificada” como defensa del derecho a la salud y por tanto al tratamiento – aún contra la voluntad-

(104). Otro tanto puede decirse respecto al manejo de la información personal en el equipo- se ha reconocido que no siempre se cuenta con el consentimiento explícito -..... y hay dificultades reales: en el manejo de dinero, en la gestión de derechos sociales ,etc.

Interrogantes éticos que no queremos ahora sino señalar, y que son abordados más exhaustivamente en la ponencia específica sobre “Ética” que se presentará en el Congreso, y se publica en esta misma colección de textos.

## 2. Escasas referencias a la subjetividad

Es otra de las críticas frecuentes: ¿ puede reducirse la problemática del paciente psicótico a encontrar alojamiento, tomar la medicación .....?, crítica que también ha sido parcialmente asumida y parcialmente contestada por el propio Stein (107): acepta Stein la crítica, y la necesidad de que se mejore en lo posible el abordaje psicoterapéutico, aunque insiste en su perspectiva de que previo a cualquier otra consideración sobre la subjetividad es necesario garantizar el acceso de los pacientes a la cobertura de sus necesidades materiales y sociales básicas (- y al ejercicio real de sus derechos ciudadanos – añadimos, siguiendo a Roteli y tantos otros – (8,173-177)

Vulnerabilidad de los programas: Dependiente de los profesionales , y de los administradores

3.1 Riesgo de “ queme” de los profesionales. Problema éste que ya viene siendo habitual al considerar los puntos débiles de cualquier sistema de atención a la salud. También en estos programas la posibilidad de desfondamiento es mayor cuanto mayores hayan sido las expectativas infundadas, la falta de concordancia entre objetivos y medios, cuando los programas se apoyan en exceso en el voluntarismo, o se despligan al servicio de intereses de grupos – empresariales o políticos – que al menor descuido se desmarcan de los objetivos inicialmente declarados.En lo que respecta a programas o aspectos concretos, en unos casos será la soledad y sobrecarga con que trabaja el gestor del caso, que ha de batallar en medio de intereses no siempre coincidentes como explicamos hace un momento. En otros casos, la dificultad de trabajar en equipos inestables, con frecuentes rotaciones, y cuya continuidad suele depender de avatares financieros o políticos ajenos a la evolución de los programas asistenciales ( 122,132,141,178,179)

La decadencia tras la rutina.

Ya hemos hecho mención de este problema en más de una ocasión: los programas novedosos consiguen muchas veces mejores resultados en los momentos iniciales, cuando

se apuesta con ilusión por un proyecto, o cuando se lo está poniendo a prueba en un estudio experimental. No siempre estos proyectos ( los equipos, los gestores ) responden a la prueba de fuego de la rutina, de la falta de estímulos o de reconocimiento externo. El riesgo es entonces el repliegue en protocolos más menos meticulosos y en tareas administrativas, desactivando la relación con los pacientes y con la población.

Necesidad de contar con apoyos administrativos. El desarrollo de programas de salud mental comunitarios depende cada vez más de la voluntad de los gestores – que operan con criterios más técnicos o más políticos, según el lugar y circunstancias- y siempre con el señuelo del coste-efectividad, tanto en los servicios públicos como en los de mutua o concertados , de su convicción acerca de la idoneidad, grado de aceptación por la población , caracter no problemático de su implantación, y viabilidad financiera.

Santos y cols, tras larga experiencia en el desarrollo y estudio de este tipo de programas alertan sobre la necesidad de disponer de tiempo para constituir equipos bien conjuntados ( no menos de dos años) y señalan muy especialmente el riesgo que significan los cambios políticos ( el tiempo para que lleguen a las instancias político-gestoras las ventajas de nuevos programas – “transferir el conocimiento de los técnicos a los políticos”- no es menor de dos años, y el de poner en práctica los cambios organizativos necesarios para llevarlos cabo, otro tiempo similar. Cuando los responsables cambian cada cuatro años.....?) (141).

#### Perspectivas actuales

Las últimas aportaciones en el desarrollo de estos programas siguen las siguientes líneas:

1º Acotar lo mejor posible el tipo de programa apropiado para cada subpoblación a la que vaya dirigido. A la vista de los resultados expuestos parece bien establecido que para la población de pacientes más graves ( por intensidad y persistencia de la discapacidad, o por la frecuencia de recidivas) los programas más apropiados son los del tipo TCA – CMI. Quizás para grupos de pacientes con mayor autonomía pueden ser suficientes programas tipo gestión clínica de casos.

Lo que parece a todas luces menos aceptable es el modelo de corretaje, centrado en la concertación de servicios a múltiples agencias privadas , con un gestor de casos como mero mediador administrativo. Cada vez parece más clara la necesidad de servicios integrados , con mínima fragmentación y mínima concertación de servicios externos.

2º Por quienes han acumulado más experiencia, se propone que los equipos incorporen profesionales un tanto especializados o con más experiencia en ciertas áreas: especialmente en dependencia a drogas y en preparación ocupacional-laboral. No tanto para que se ocupen de esos aspectos en exclusiva sino para enriquecer la capacidad de los equipos para intervenir en esos problemas sin necesidad de derivar a los pacientes.

3ª Algo similar puede decirse respecto a las intervenciones clínicas. Cada vez más se están poniendo en evidencia la eficacia de ciertas intervenciones con algunos tipos de pacientes (ej variantes psicoterapéuticas y psicoeducacionales con pacientes diagnosticados de esquizofrenia u otras psicosis, y con sus familiares; o las técnicas de entrenamiento activo en habilidades sociales). Los programas de seguimiento comunitario han de incorporar estas prácticas para mejorar su eficacia.

4° Los nuevos programas de intervención precoz en pacientes con síntomas premonitores de esquizofrenia se apoyan en adecuaciones de programas tipo gestión de casos (clínico o intensivo) que facilitan el seguimiento continuado y el proporcionar tratamiento, especialmente psicológico – en ocasiones también farmacológico- a estas personas, obteniendo hasta el momento resultados muy prometedores (180-181)

5° En lo que respecta a nuestro país, cada vez se están diseminando más programas tipo TCA y CMI, y cabe esperar que su difusión vaya a más, dada la infraestructura que lo propicia - sistema público de salud (¡ a conservar!) e imperiosa necesidad de instrumentos organizativos que permitan el progreso y la consolidación de los cambios iniciados- La importación de estos programas no puede hacerse sin una adecuación al sistema receptor ( 182), de modo que hemos de aprovechar la información procedente del exterior para ponerla en circulación con nuestra propia experiencia, como hasta cierto punto ya está sucediendo (183-185).

A modo de conclusión ( y otras lecciones aprendidas )

1 La primera, que hace a la globalidad, es que la atención comunitaria es una alternativa real a la hospitalización, pero no de cualquier manera: hemos revisado muchos de los requisitos precisos para ello. Aún se pueden ampliar un poco:

Junto a la disposición de los profesionales y de la población, es necesario el compromiso paralelo de políticos, administradores y gestores:

Es necesario el compromiso “filosófico” e instrumental de la dirección de la empresa – privada o pública – que presta el servicio ( y de los trabajadores , y de sus organizaciones sindicales o gremiales) . Hemos acumulado ya cierta experiencia sobre las limitaciones provenientes de este área: los programas comunitarios exigen una gran flexibilidad en la estructura del trabajo y de los equipos –desde la jerarquización funcional de los equipos hasta el horario, pasando por los roles profesionales y el tipo de tareas a asumir-; flexibilización incompatible con la rigidez administrativa , y con las reivindicaciones gremialistas.

Es necesario poder contratar para estos programas a profesionales que cumplan ciertos requisitos. Las cualidades personales e interpersonales de los profesionales son de importancia crítica para propiciar cambios. Los expertos sugieren clínicos con experiencia en un amplio rango de problemas humanos y que sean sensibles a aspectos culturales.....Las características de los profesionales que correlacionan con mejores resultados son las siguientes: 1) alto nivel de compromiso con los paciente y familiares para trabajar en la solución de sus problemas, 2) capacidad para identificar y focalizar los aspectos más fuertes de cada familia, 3) alto nivel de preparación intelectual y muchísimo sentido común, 4) flexibilidad social e interpersonal, 5) experiencia del mundo real y de la vida en la calle, 6) confianza en si mismo/a ( 141)

Facilitar suficiente formación y acceso a la supervisión de casos. Debemos aprender de la experiencia de varios lugares, especialmente en Canadá

, donde se facilita formación previa específica a los profesionales que se incorporan al programa, y supervisión continuada.

4 Política pública de salud y suficiente soporte económico. De nuevo Santos llama la atención sobre la situación en EEUU al observar que son precisamente los estados con mejores sistemas sanitarios ( coincide con estados pequeños y políticamente más estables) donde se han desarrollado los mejores programas asertivos, contando con el apoyo estatal. Es necesario mejorar la accesibilidad y calidad de los servicios públicos para garantizar programas de atención comunitaria a los pacientes más graves (186). Un rápido vistazo a la experiencia en Italia, en Inglaterra y, sobre todo a nuestra propia experiencia en España, confirma la evidencia de que la situación política es un potente factor condicionante a este respecto

Finalmente, huyamos de cualquier falsa expectativa: proporcionar una buena atención comunitaria a los pacientes requiere buena organización y preparación profesional, desde luego, pero no existen panaceas ; tampoco los gestores de casos pueden enmascarar las deficiencias estructurales de fondo (se ha afirmado que en ocasiones no es sino una medida de corrección en el seno de un sistema desfalleciente” ..... el sistema de cuidados psiquiátricos en EEUU está dominado por la ley del mercado, que favorece la fragmentación y la especialización de los servicios.....programas sociales regidos por la ley del aseguramiento...(6) ). No estará de más, por lo tanto, tener en cuenta que los progresos en la atención comunitaria quizás dependan, como opina Rafael Huertas de que vayamos propiciando algún tipo de “ cambio radical que saque a la sociedad de la dinámica mercantil en que está metida y garantice la satisfacción de las necesidades humanas, interviniendo sobre las causas sociales del enfermar y ubicando la salud como un elemento imprescindible en su renovado concepto de calidad de vida;..... que prevea también medidas económico-sanitarias concretas como una redistribución del gasto público que priorice las necesidades sociales de la mayoría, conjure la precarización de la atención médica y la asistencia social y asegure el derecho a la salud como un bien público del que nadie puede ser excluido” (186). Perseguir la salud mental “ para todos” ha sido una de las utopías del pasado siglo. En el XXI, ¿ qué duda cabe! seguiremos - caminante no hay camino – acumulando experiencia, aunque experiencia sea, en el decir de Oscar Wilde, el nombre que ponemos a nuestros errores. ¡ Qué sean los menos posibles!

## BIBLIOGRAFÍA

1. Huertas García-Alejo R. La comunidad de Gheel: una alternativa de asistencia psiquiátrica en el siglo XIX. Revista AEN 1988; VIII: 257-266
2. Tyrer P. Cost-effective of proligate community psychiatry?. Br J Psychiatry 1998; 172:1-3
3. Thornicroft G, Becker T, Holloway F, Johnson S, Leese M, McCrone P, Smukler G, Taylor R, Wykes T. Community mental health teams: evidence or belief ?. Br J Psychiatry 1999; 175:508-513
4. Marshall M, Bond G, Stein LI, Shepherd G, McGrew J, Hoult J, Rosen A, Huxley P, Diamond RG, Warner R, Olsen M, Latimer E, Goering P, Craig TKJ, Meisler N, Test MA. PriSM psychosis study. Design limitattions, questionable conclusions. Br J psychiatry 1999; 175:501-503
5. Burgees P, Pirkis J. The currency of case management: bebfits and costs. Curr Opin psychiatry 1999; 12: 195-199
6. Gélinas D. Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le mileu auprès des personnes souffrant des troubles mentaux graves. Santé mentale Quebec 1998; 23: 17-47
7. González de Chávez M ( coord) La transformación de la asistencia psiquiátrica. Mayoría. Madid 1980
8. Desviat M. La reforma psiquiátrica. DOR. Madrid 1994
9. Bacharch L. A conceptual approach to deinstitutionalization. Hosp and Comm psychiatry 1978; 29: 573-578
10. Bacharch L. Overview: model programs for cronic mental patients. Am J Psychiatry 1980; 137:1023-1031
11. Stein I. Asystems approach to the treatment of people with chronic mental illness. En . Hallp and Brockingto IF, The closure of mental hospitls. Gaskell. London 1931 ( pg 99)
12. Muijen M. Mental health services: what works? En: Weller MPI and Muien M. Dimensions of community metal health care. Wp saunders. London 1993: 33-61
13. Martí Tusquets JL, Murcia Gran MJ. Enfermedad mental y entorno urbano: Anthropol. Barc 1988 ( pg 148)
14. Cazzullo CL, Tachini G, Altamira C , tansela M. The establishment, monitoring and evaluation of communituy care services. En : Freeman and Henderson J. Evaluation of comprehensive care of the mentally ill. Gaskell. London 1991
15. Hanssson L. Utllisation of psychiatric in-patient care. Acta psychiatrica Scandinavica 1989; 79: 571-578
16. Desviat M. La reforma del hospital psiquiátrico: del hospital al área de salud. Psiq Pub 1992; 4: 3-16
17. Test MA, stein L. Community treatment of the chronic patient: research overview. Schizoph Bull 1978; 4: 350-364
18. Braun P et al. Overview: dinstitutionalization of psychiatric patientsa critical review of outcomes studies. Am J psychiatry 1981; 136: 736-746
19. Brown GB, Castairs GM, Topping G. Post-hospital adjustment of chronic mental patients. Lancet 1958; 2: 685
20. Jones . Social psychiatry: a study of thetapeutic communities. Tavistok. London 1956
21. Oury J. Thérapeutique institutionnelle. EMQ 37930 g10,10. París.1972
22. Bateson A, Ruesh. Comunicación. La matriz social de la psiquiatría. Paidós. Buenos

Aires 1965

23. Sullivan HS. The interpersonal theory of psyche. Norton W. New York (ed en castellano: La teoría interpersonal de la psiquiatría. Psique. Buenos Aires 1974)
24. Szasz T. The myth of mental illness. Harper & Row. New York 1961 (ed en castellano: el mito de la enfermedad mental. Amorrortu. Buenos Aires 1973)
25. Laing R. The divided self( a study of sanity and madness) . Tavistock Publ . London 1960 ( ed en castellano: el yo dividido. FCE. Madrid 1964)
26. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. Basic Books Inc. New York 1964 ( en castellano. Principios de psiquiatría preventiva. Paidós. Buenos Aires 1966)
27. Bastide R. Sociologie des maladies mentales: Flammarion. Paris 1965 ( ed en castellano: Sociología de las enfermedades mentales. Siglo XXI. Madrid 1967)
28. Basaglia F. L'istituzione negata. Rapporto de ospedale psichiatrico. Einaudi 1969 (ed en castellano. Seix Barral 1970)
29. Dell' Acqua G. Trieste veinte años después: de la crítica de las instituciones psiquiátricas a las instituciones de la salud mental. Psiq Pub 1995; 7: 129-143
30. Johnstone EC, Owen DGS, Gold A, Crow TJ, Mc Milln JT. Schizophrenic patients discharged from hospital – a follow-up study. Br J Psychiatry 1984; 145: 586-590
31. Mc Creadie RG, Oliver A, Wilson A, Burton LL. The scottish survey of new chronic in-patients: Two year follow-up. Br J psychiatry 1985; 147: 637-640
32. Brody EB. The search of mental health. A history and memoir of WFMH 1948-1997. Williams&Wilkins.1998.
33. Clements J. England –MIND 50th anniversary. The Mental Health Observer 1996; 12:5
34. Hernández Monsalve M. El movimiento asociativo de ciudadanos y profesionales. Avatares y desafíos. Psiq Pub 1999; 11: 81-82
35. Turkat D. Psychosocial rehabilitation: a process evaluation. Hosp Comm Psychiatry 1982;33: 848-850
36. Donas M. Unidades de rehabilitación o unidades de pacientes. Boletín ASMRP 1995; 4:1
37. Pepper B, Kirshner MC, Ryglewicz H. The young adult chronic patients. Overview of population. Hosp Comm Psychiatry 1981; 32: 463-469
38. Fernández Liria A. Los jóvenes nuevos crónicos. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma. Madrid 1992
39. Hernández- Monsalve M, Alamo C, Puig C et al. Las urgencias psiquiátricas atendidas en el hospital y su relación con la red de salud mental. Un estudio de cinco años. Psiq Pub 1996; 8: 36-45
40. Breakey WR, Susser E, Tims P. Services for the homeless mentally ill. En: Thornicroft G, Brewin CR, Wing J. Measuring Mental Health Needs Gaskell . London 1992: 273-307
41. Leff J. Care in the community. Illusion or reality?. Wiley & Sons. Chichester 1997.
42. Stein L, Test MA. Alternative to mental health treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen psychiatry 1993; 150: 1447-1465
43. Test MA, Stein L. Alternatives to mental health hospital. III. Social Cost. Arch Gen psychiatry 1980; 37: 409-412
44. Namc. Health care reform for americans with severe mental illness: report of the National Advisory mental Health Council. Am J Psychiatry 1993; 150: 1447-1465
45. Barton R. Institutional Neurosis. Jhon Wriht and Sons. Bristol 1959 ( ed castellano: La neurosis institucional.)

46. Gofman E. Asylums: essays of the social situation of mental patients and other inmates. Beguin Books. London 1968 ( ed en castellano: Internados. Amorroutu 1967)
47. Rendueles G, Fernández C. La prácticva psiquiátrica como eslabón perdido de la medicina social. En: Desviat y cols. Epistemología y práctica psiquiátrica. AEN ed. Madrid 1990: 147-178
48. Shadner A. Asylum, asphalt and etics. Hosp Comm Psychiatr 1989; 40: 785-856
49. Amarante P. Algunas reflexiones sobre ética. Ciudadanía y desinstiutucionalización en la reforma psiquiátrica. Psiq Pub 1995; 7: 165-168
50. Muijen M. Mental health services: what eokrks?. En: Weller MPI and Muijen M. Community Heath Care. WP Sanders Company. London 1993
51. Garant L. La désinstitutionalisation en santé mentale. Un tour d'horizon de la littérature. Qubec 1985
52. Hart TJ. The inverse care law. The Lacet 1971; i: 405-412
53. Hankin J and Oktay JS. Mental dissoder and prymary mental care. NIMH. Rockville. Maryland 1979
54. Harvey CA. The Camden schizophrenic survey I. The psychiatric behavioral and social characteristics of the severely mentally ill in a inner London health district. Br J Psychatry 1996; 168: 410-417
55. Shanks J. Services for patients with chronic mental illness: results of research and experience. En: Freeman H and Henderson J. Evaluation of comprehensive care of the mentally ill. London. Gaskel 1991 ( 45-56)
56. Lam HR. Lessons learned from deinstitutionalization in the US. Br J Psychiatry 1993; 162: 587-592
57. Castilla A, López M, Chavarría V et al. La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. Revista AEN 1998; 18:621-644
58. Creer C, Sturt E, Wykes T. The role of relatives. En : Long-term community care:experince in a London borough: Psychological Medicine. Monograph supplement 1982; 2:29-37
59. Kuipers L, Mc carthy B, Hurry J et al. Counselling the relatives of the long-term adulty ill. II. Br J Psychiatry 1990;154:775-781
60. FEMASAM. Manifiesto de las familias de los enfermos mentales crónicos de la Comunidad de madrid. Psiq Pub 1994; 4: 222-226
61. Aparicio V, Sanchez AE. Desintitucionalización y cronicidad: Un futuro incierto. Revista AEN 1990; 10: 363-374
62. Knap M, Beecham S, Andersen J, et al. The TAPS proyects 3: Predicting the costs of closing psychiatric hospitals. Br J Psyquiatry 1990;157: 661-670
63. Leff J. Do long-stay patients benefit from community placement?. En : Freeman H and Henderson J. Op cit: 79-81
64. Tansela M. Community care without mental hospital: ten year's experience. En: Tansela Ed. Community based psyquiatry: long term patterns of care in South Verona. Psychological Medicine. Mon sup 19; 1991: 47-48
65. Falloon IR. Optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project. Psychiatr Serv 1999; 50:615-618
66. Gater R, Goldberg D, Jackson G et al. The care of patients with chronic schizophrenia: a comparison between two services. Psychological Medicine 1997; 27: 1325-1336
67. Brekke JS, Ansel M, Long L, Slade E, Weinstein M. Intensity and continuity of services and functional outcomes in the rehabilitation of persons with schizophrenia.

- Psychiar Serv 1999; 50:248-256
68. Hernández Monsalve M. Tratamiento integral del paciente con esquizofrenia. Revista de Psicoterapia 1998; 36: 5-26.
- 69 Audisio M. La reorganization de l'assistance psychiatrique et les organismes de soins. En: Livre blan de la psiquiatrie francaise 1965: 77-91
70. Maus, Petigeau F, Caroli F. Le secteur de psyquiatie generale. Encyc Med Chir.,Psychiatrie. 37915 A10, 21984
71. Thornicrft G, Brewin c, Wing J. Measuring mental health needs. London. Gaskel.1992
72. Hanson L, Björkman T, Suensson B. The assesment of needs in psychiatric patients. Acta psychiatr Scand 1995; 92: 285-293
73. Slade M. Needs assesment. Involment of sataff and users will help to meet needs. Br J Psychiatry 1994; 165: 293-296
74. Sainfort F, Becker m, Diamond r. Judments of quality of life of individuals with severe mental disorders: patient self-report versus provider perspective. Am J Psychaitry 1996; 153: 497-502
75. Jiménez Estévez JF, Moreno Küstner B, Torres González F, Luna del Castillo JD, Phelan M. Evaluación de las necesidades en enfermos mentales crónicos: el cuestionario de evaluación de necesidades Camberwell. Arch Neurob 1997; 60: 113-124
76. Abrhamson D. Housing and deinstitutionization. Theoy and practice in the development of a resttlement service. En: Weller MPI and Muijen M. Op cit : 208-232
77. Atkinson J, Coia D, Gilmour H, Harper JP. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. Br J Psyquiatry 1996; 168: 199-204
78. Carson T, Glyn T, Gopanlen Y. The influence of normalization in psychiatric services. En : Weller MPI and Muijen . Op cit: 261-276
79. Bravo MF. Soporte social y salud mental: Psiq Pub 1991; 3. 26-35
80. Mansilla F. Red social y apoyo social en enfermos mentales sin hogar. Revista AEN 1993; 12:124-129
81. Shepherd g, Muijen M, Mean R, Cooney M. Residential care in hospital and in the community- quality of care and quality of life. Br J Psychiatry 1996; 168: 448-456
82. Dixon LB, Lehman AF. Fa,ily interventions for schizophrenia. Schiz Bull 1995; 21: 631-642
83. Solomon P, Draine J, Mannion E, Meisel M. Impact of brif family psychoeducation en self-efficacy. Schiz Bull 1996; 22: 41-50
84. Otero V, Rebolledo S. Evolución de la carga familiar después de un programa de rehabilitación. Psiq Pub 1993, 5: 217-223
85. Godstein MJ, Rosenfarb I, Woo S, Neutchterlein K. Intrafamilial relationships and the course of schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 1994; 90 ( sup 384 ): 60-66
86. Leff J. Working with the familiesa of schizophrenic patients. Br J Psychiatry 1994;164 ( sup 123 ): 71-76
87. Anderson C, Reiss D, hogarty G. Esquizofrenia y familia. Amorrotu. Buenos Aires 1986
88. Fallon Ir, Boyd JL,Mc Gill CW. Family care of schizophrenia. Guildford Press. New york. 1984
89. Liberman RP. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Martinez Roca. Barcelona 1993
90. McFarlane WR, Lukens E, Link B et al. Multiple –family groups and psychoeducation

- in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 679-687
91. McFarlane WR, Dushay RA, Stastny P, Deakins SM, Link B. A comparison of two levels of family-aided asstetive community treatment. *Psichiatr Serv* 1996; 47: 744-750
  92. Rebolledo S, Lobato MJ. Cómo afrontar la esquizofrenia. Guía para las familias. Ed Psiquiatría y Vida. Madrid 1994
  93. Shepher G. Psychaitric rehabilitation for the 1990's. En: Theory and practice of psychiatric rehabilitation. Watts FN and Bennnet DH. ed Wiley. Chicester. 1991 ( ed en castellano: Limusa. México. 1990)
  94. Roteli F. Tiempo de reahabilitación. *Boletín AMRP* 1995; 4: 3-
  95. Desviat M. Diez años de reforma psiquiátrica en España. *Psiqu Pub* 1993; 5: 215-216
  96. Rebolledo S, Pastor A. Programas y servicios de los dispositivos de rehabilitación psiquiátrica. *Psiqu Pub* 1991;3: 204-214
  97. García Gonzalez J. Estructuras intermedias y atención continuada. *Psiqu Pub* 1991; 3: 71-79
  98. Sánchez AE. Consideraciones en torno a la rehabilitación. *Psiqu Pub* 1992; 4: 130-134
  99. Hodel B, Brener D. Cognitive therapy with schizophrenic patients:conceptual basis, present state, future directions. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90 ( sup 384) : 108-115
  100. Barry MM, CrosbyC. Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders. *B J Psychiatry* 1996; 168: 210-216
  101. Rosenfield S.Factors contributing to the subjetive quality on live of the chronic mentally ill. *J Health Soc Behav* 1992; 33: 299-315
  102. Mercier C, King S. A latent variable causal model of the quality of life and community tenure of psychotic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 72-77
  103. Drake RE, Burns BJ. Special section on Asertive Community Treatment: An introduction. *Psychiatr Serv* 1995; 7:667-668
  104. Thompson KS, Griffith E, Leaf OJ. A historical review of the Madison model of community care. *Hosp Comm Psychiatry* 1990, 41.625-634
  105. Marx AJ, Test MA, Stein LI. Extrahospital management of severe mental illness: Feasability and effects of social functioning. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 25. 505-511
  106. Test MA. Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistentes. *Santé Mentale Quebec* 1998; 23: 119-147
  107. Stein LI. Comments by Leonard Stein. *Hosp Comm psychiatry* 1990, 41: 649-651
  108. Turner JC, TenHoor WJ. The NIMH Community Support program: Pilot approach to a needed social reform. *Schizphr Bull* 1978; 4:319-348
  109. Franklin JL. Case mangement: A dissenting view. *Hosp Comm Psychiatry* 1988, 39:921
  110. Lamb HR. Therapist-case managers: more than brokers of services. *Hosp Comm psychiatr* 1991; 42: 797-801
  111. Intagliatta J. Improving the quality of community care for the cronically mentally disables: the role of case management. *Schizoph Bull* 1982; 8: 655-674
  112. Seldg WH, Astracham B, Thomson K et al. Case management in Psychiatry: An analysis of tasks. *Am J psychiatry* 1995; 152: 1259-1265
  113. Ridgely MS, Morrissey JP, Paulson RI, Goldman HH, Calloway MO. Characteristics and activities of case managers in the RWJ foundation program on chronic mental illness. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 737-743
  114. Holloway F, Mc Lean EK, Robertson JM. Case Management. *Br J Psychiatry* 1991;

159:142-148

115. Holloway F, Oliver N, Collins E, Carson E, Carson J. Gestión de casos. Una revisión crítica de las publicaciones de evolución. *European psychiatry* (ed española) 1995; 2: 281-304

116. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophr Bull* 1998, 24:37-74

117. Vallée C, Courtemanche N, Thierry B. Au-delà des assises conceptuelles. Illustration d'une pratique de suivi communautaire en équipe. *Santé Mentale Québec* 1998; 23:48-69

118. Pyke J, Nimigon L, Robertson V. Le Community Resources Consultants de Toronto: deux programmes de case management. *Santé Mentale Québec* 1998; 23:70-92

119. Poirier M, Ritzhaupt B, Larose S, Chartrand D. Case management. Le modèle de l'Ouest de l'île de Montréal. *Santé mentale Québec* 1998; 23:93-118

120. Dell'Acqua G, Marsili M, Zanusi P. L'histoire et l'esprit des services de santé mentale à Trieste. *Santé Mentale Québec* 1998; 23: 148-170

121. Deci PA, Santos AB, Hiott DW, Schoenwald S, Dias JK. Dissemination of Assertive Community Treatment Programs. *Psychiatr Serv* 1995; 46:676-678

122. Witheridge TF, Dincin J, Appley L. Working with the most frequent recidivist. A total team approach to assertive resource management. *Psychosocial Rehab J* 1982; 5: 9-11

123. Hoult J. Community care of the acutely mentally ill. *B J Psychiatry* 1986; 149: 137-144

124. Issakidis C, Sanderson K, Teeson M, Johnston S, Buhrich N. Intensive case management in Australia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99:360-367

125. Bond GR, Miller LD, Krunwied RD, Ward RS. Assertive case management in three CMHCs. A controlled study. *Hosp Comm Psychiatry* 1988; 39:411-418

126. Bond GR, Witheridge TG, Wasmer D, Dincin J, McRae SA, Mayes J, Ward RSA. A comparison of two crisis housing alternatives to psychiatric hospitalization. *Hosp Comm Psychiatry* 1989, 40: 177-183

127. Borland A, McRae J, Lycan C. Outcomes of 5 years of continuous intensive case management. *Hosp Comm psychiatry* 1989; 40: 369-376

128. McRae J, Higgins M, Lycan C, Sherman W. What happens to patients after five years of intensive care management stops?. *Hosp and Comm Psychiatry* 1990; 41: 175-179

129. Bond GR, McDonel EC, Miller LD, Pensec M. Assertive community treatment and reference groups: An evaluation of their effectiveness for young adults with serious mental illness and substance abuse problems. *Psychosocial Rehabil* 1991; 15: 31-43

130. Burns BJ, Santos AB. Assertive community treatment. An update of randomized trials. *Psychiatric Services* 1995; 46: 669-675

131. Bush CT, Langford MW, Rosen P, Gott W. Operation Outreach. Intensive case management for severely psychiatrically disabled adults. *Hosp Comm Psychiatry* 1990; 41: 647-649

132. Marks IM, Connolly J, Muijen M, Maudini G, McNamee G, Lawrence RE. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 179-194

133. Audini B, Marks IM, Lawrence RE, Connolly J and Wantts V. Home-based versus out-patient/in-patient care for people with serious mental illness. *B J Psychiatry* 1994; 165: 204-210

134. Muijen M, Cooney M, Stradhdee G, Bell R, Hudson A. Community psychiatric nurse

- teams: Intensive support versus generic care. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 211-217
135. McCrone P, Beecham J, Knapp M. Community psychiatric nurse teams: cost-effectiveness of intensive support versus generic care. *Br J Psychiatry* 1994; 165:218-221
136. Leff J, Trieman N. Providing a comprehensive community psychiatric service. En: Leff J ed . *Care in the community. Illusion or reality?*. Wiley&Sons. Chichester 1997: 189-202
137. Tyrer P, Evans K, Gandhi N, Lamont A, Harrison-Read P, Johnson T. Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *Br Med j* 1998; 316:106-109
138. Thornicroft G, Wykes T, Holloway K, Johnson S, Szmuler G. From efficacy to effectiveness in community mental health services. *PriSM psychosis study 10*. *Br J Psychiatry* 1998, 173: 423-427
139. UK 700 Group. Comparison of intensive and standard case management for patients with psychosis. *Br J Psychiatry* 1999; 174:74-78
1140. UK 700 Group . Predictors of quality of life in people with severe mental illness. Study methodology with baseline analysis in the UK 700 trial. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 74-78
141. Santos AB, Hawkins GD, Julius B et al. A pilot study of assertive community treatment for patients with chronic psychotic disorders. *Am J Psychiatry* 1991; 42:797-801
142. Teague GB, Drake RE, Ackerson TH. Evaluating implementation of a modified PACT model for people with co-occurring severe mental disorder and substance use disorder. *Psychiatric Services* 1995; 46. 689-695
143. Fernández Liria A, García Rojo MJ. Los programas de case managenet. Conceptos básicos y aplicabilidad. *Revista AEN* 1990; 10: 65-76
144. Kanter J, Clinical case mangement: definitions, principes, components. *Hops Comm Psychiatry* 1989; 40: 361-368
145. Shepherd G. Case management. *Heath trends* 1990; 22: 59-61
145. Bond GR. Intensive case mangement ( Letter ). *Hosp Comm psychiatry* 1990; 41:927-92
147. Holloway F, Carson J. Intensive case management for the severely mentally ill. *Controlled trial*. *Br J Psychiatry* 1998; 173:19-22
148. Neale MS, Rosenheck RA. Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management program. *Psychiatric Services* 1995; 46: 719-721
149. Quinlivan R, Hough R, Crowell a et al. Service utilization and costs of care for severely mentally ill clients in a intensive case management program. *Psychiatric Services* 1995; 46: 365-371
150. Alexander JA, Lichtenstein R, D'Aunno TA, McCormick R, Muramatsu N, Ullman E. Determinants of mental heath providers' expectations of patient's improvement. *Psiquiatr Serv* 1997; 48:671-677
151. Goering PN, Waslenki DA, Farkas M, Lancee WJ, Ballantyne R. What difference does case management make?. *Hosp Comm psychiatry* 1988; 39:272-276
152. McGrew JH, Bond GR, Dietzen Mckasson M. Miller Ld. A multisite study of client outcomes in assertive community treatment. *Psychiatric Services* 1995, 46: 696-701
153. Pollack D, Linking mentally ill persons with services through crisis intervention, mobile outreach, and community education. *Psychiatr Serv* 1997; 47: 1450-1453
154. Solomon P, Draine J. Satidfaction with mental heath treatment in a randomized trial of consumer case managenet. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182: 179-184

155. Rössler W, Löffler W, Fätkenhuer B, Riecher-Rössler A. Does case management reduce the rehospitalization rate?. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86: 445-449
156. Sainfort F, Becker M, Diamond R. Judgments of quality of life of individuals with severe mental disorders: Patient self-report versus provider perspectives. *Am J psychiatry* 1996; 153: 497-502
157. Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, Everit B, David A. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *Br Med J* 1996; 312: 345-349
158. Corrigan PW, Liberman RP, Engle JD. From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hosp Comm Psychiatry* 1990; 41: 1203-1211
159. Drake RE, Yovetich NA, Bebout RR, Harris M, McHugo GJ. Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 298-305
160. Lehman AF, Dixon LB, Kernan E, DeForge B. A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 1038-1043
161. Morse GA, Calsyn RJ, Klinkenberg WD, et al. An experimental comparison of three types of case management for homeless mentally ill persons. *Psychiatric Services* 1997; 48: 497-503
162. Alanen YO, Lethinen K, Rääköläinen V, Aatonen J. Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 83: 363-372.
163. Becker T, Thornicroft G. Community care and management of schizophrenia. *Current opinion* 1998; 11: 49-54
164. Scott JE, Dixon LB. Assertive community treatment and case management for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995; 21: 657-688
165. Weistbrod BA, Test MA, Stein LI. Alternative to mental treatment II. Economic benefit-cost analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 400-405
166. Rosenheck R, Neale M, Leaf P, Milstein R, Frisman I. Multisite experimental cost study of intensive psychiatric community care. *Schizophr Bull* 1995; 21: 129-140
167. Hernández Monsalve M. De los tratamientos asertivos al case management. *Psiqu Pub* 1996; 8: 246-251
168. Felton CJ, Stastny P, Shern DL, Blanch A, Donahue SA, Knight E, Brown C. Consumers as peer specialists on intensive case management teams. Impact on clients outcomes. *Psychiatric Services* 1995; 46: 1037-1044
169. Gers M, Goering P. The relationship between the working alliance and rehabilitation outcomes of schizophrenia. *Psychosocial Rehabil J* 1994; 18: 43-54
170. Priebe S, Gruyters T. The role of the helping alliance in psychiatric community care: A prospective study. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 552-557
171. Thornicroft G, Breakey WR. The COSTAR program 1: Improving social networks of the long-term mentally ill. *B J Psychiatry* 1991; 159: 245-249
172. Pescosolido BA, Wright ER, Sullivan WP. Communities of care: A theoretical perspective on case management models in mental health. *Advances in Medical Sociology* 1995; 6: 37-79
173. Rendueles G. La Psiquiatría como mano invisible del desorden neoliberal. En: Alvarez Uría F (comp) *Neoliberalismo vs democracia*. 197-217. La piqueta. Madrid 1988
174. Fernández Liria A. Salud y capital. En: Alvarez Uría (comp) op cit: 233-237
175. González Alvarez O. La larga marcha por los derechos cíviles de los enfermos mentales: la lucha continúa. En: Alvarez Uría F (comp) op cit: 238-263

176. Hernández Monsalve M. Dilemas en psiquiatría: entre el consumismo, la eficiencia y la equidad. En: Alvarez Uría F (comp) op cit: 264-281
177. Roteli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalización: otra vía ( la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los “ países avanzados”. Revista AEN 1987; 7: 165-187
178. Rendueles G. El usuario gorrón y el terapeuta quemado. Psiquiatría Pública 1992; 4: 115-129
179. Gervas J, Hernández Monsalve M. La autoestima de los médicos y la reforma sanitaria. Med Clin ( Barc ) 1994;103. 421-422
180. Edwards J, Cocks J, Bott J. Preventive case management in first-episode psychosis. En: McGorry PD, Jackson HJ. The recognition and management of early psychosis. Cambridge Un Press 1999: 308-337
181. Kulkarni J, Home-based treatment of first-episode psychosis. En: McGorry PD, Jackson HJ. The recognition and management of early psychosis. A preventive approach. Cambridge Un Press 1999:206-225
182. Bachard LL. On exporting and importing model programs. Hosp Comm Psychiatry 1988; 39: 1257-1258
183. Desviat M. La rehabilitación psiquiátrica después del manicomio. RPIC 1995; 1: 87-90
184. Fernández Liria A. Los programas de seguimiento y cuidados de los pacientes graves y crónicos: Un modelo de case management para la reforma psiquiátrica de Madrid. RPPIC; 1: 32-36
185. Cangas J. Case management: What is it and does it work?. PRIC 1996; 1: 15-21
- Mechanic D. Strategies for integrating public mental health services. Hosp Comm psychiatry 1991, 42:797-801
186. Huertas García-Alejo. Del manicomio a la salud mental. Para una historia de la psiquiatría pública. FISS Madrid 1991

Tabla 1. Cambios en los principios del tratamiento, en el modelo de Madison (Thompson 1990)

Fase	Población diana	Principios del tratamiento
Mejorar en el hospital	Pacientes ingresados	Mejorar programas psicosociales
Salida a la comunidad	Pacientes difíciles de dar de alta	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Enseñar habilidad de afrontamiento en la comun</li> <li>2) Evitar la hospitalización</li> <li>3) “ Separación constructiva” de pacientes patológicamente dependientes de la familia</li> <li>4) exponer a los pacientes a las contingencias de la comunidad</li> <li>5) Trabajar con las agencias de la comunidad</li> <li>6) Esfuerzarse en mantener a los pacientes en la comunidad (asertividad)</li> </ol>
Prevenir hospitalización	Pacientes que van a ingresar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ayudarles obtener recursos materiales básicos</li> <li>2) Facilitar redes sociales de apoyo</li> <li>3) Explotar los puntos fuertes de cada paciente</li> <li>4) Hospitalizar a pacientes de alto riesgo</li> </ol>
Proporcionar Seguimiento precoz y prolongado	Esquizofrénicos jóvenes	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) El equipo proporciona los servicios principales</li> <li>2) Desarrolla relación terapéutica a largo plazo</li> <li>3) Secuencia de interv. según necesidades del pac</li> <li>4) Minimiza los efectos de síntomas discapacitantes</li> </ol>

Mantenimiento en la comunidad	Pacientes difíciles, recidivantes	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Diseño de intervenc adecuados a cada paciente</li> <li>2) Monitorización estrecha de cada paciente</li> <li>3) Dosificar el apoyo según situación clínica</li> <li>4) Apoyar el derecho del pac a vivir en la comunidad</li> <li>5) Asumir la responsabilidad global del cuidado aunque se conciert ciertos servicios</li> <li>6) Proporcionar psicoeducación</li> <li>7) Valorar la carga familiar</li> <li>8) “ Separación constructiva” de pacientes y familia cuando es clínicamente necesario</li> <li>9) El hospital es visto como un lugar de intervenciones importantes, pero limitadas</li> </ol>
Un sistema de cuidados	Todos los pacientes del sector público	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proporcionar variedad de tipo e intens de tto</li> <li>2) “ serv de rehabilitación psicosoc</li> <li>3) “ serv móviles de intervención en crisis</li> <li>4) Proporcionar atención clínica ambulatoria</li> <li>5) “ gama de alojamientos y actividades vocacionales, y de ingreso</li> <li>6) Proporcionar un firme filtro para evitar ingresos innecesarios</li> </ol>

Tabla 2. Criterios de fidelidad al tratamiento Comunitario Asertivo (Teague et al 1998)

proporción de casos asignados a cada profesional ( lo idóneo 1:10 )  
el equipo comparte los casos  
existen reuniones del equipo  
el equipo tiene un líder o responsable  
continuidad de la dotación, y de los miembros del equipo  
el equipo cuenta con un psiquiatra  
“ “ “ un enfermero  
“ “ “ un especialista en drogodependencias  
“ “ “ un especialista en actividades vocacionales  
se han definido criterios de inclusión en el programa  
tasa de ingresos en el programa  
responsabilidad completa del tratamiento  
“ de intervención en crisis  
“ de planificar el alta  
seguimiento por tiempo ilimitado  
intervención “in vivo” ( ej. en domicilio)  
política de evitar abandonos  
seguimiento asertivo  
intensidad de servicios  
frecuencia de contacto ( lo idóneo, contacto directo con enfermería )  
trabajar con el sistema de soporte  
tratamiento de la adicción por el mismo equipo

Tabla 3. Comparación de las características del TCA y los programas comunitarios de los centros de salud mental comunitarios- CSMC( en EEUU) ( Taube 1990, modificado)

CARACTERÍSTICAS	TCA	CSMC
Tratamiento de base	Sobre todo en la comunidad	Sobre todo en el centro
Proporción de profesionales	de 1:6 hasta 1:14	de 1:30 a 1:50
Frecuencia de contacto	Varios por semana ( a menudo, diario)	1 ó 2 por semana
Frec contacto con la familia	1/ semana	Ocasionalmente
Medicación el equipo	Lo indica y lo administra del paciente y	Responsabilia familia
Salud física	Monitorizada por el equipo	Ocasionalmente
Rehabilitación ocupacional	Lugar de trabajo actual ó “ “ “ de los voluntarios	Programas psico sociales
Pisos protegidos	Responsabilidad del equipo	Varía. Suele ser responsabilidad del pac y familia
Continuidad de cuidados	Lo garantiza el equipo ( hospitalización, aspectos legales, sistema de salud, otros)	Resp de terapeutas y en algún caso, de tutores
Estructura del equipo y tutores de casos	Integración de roles clínicos y de gestión de casos	Modelo individual de staff:terapeutas

Tabla 4. Rasgos diferenciales de modelos de cuidados comunitarios (Mueser 1998, modificado)

Característica	Corretaje	CM Clínico	Fortalezas	Rehabilitación	TCA	CM Intensivo
Proporción prof:pac	1:50 (?)	1:30 +	1:20-30	1:20-30	1:10	1:10
Seguimiento activo	bajo	bajo	moderado	moderado	alto	alto
Casos compartidos	no	no	no	no	sí	no
Cobertura 24 horas	no	no	no	no	frecuent	frecu
Énfasis en entrenamiento en habilidades	no	bajo	moderado	alto	moderado	mod
Frecuencia de contacto con pacientes	baja	moderada	moderada	moderada	alta	alta
Lugar de contacto	clínica	clínica	comunidad	clínica/com	comunidad	com
Integración de tratamiento	baja	moderada	moderada	moderada	alta	alta
Provisión directa de servicios	baja	moderada	moderada	moderada	alta	alta
Población diana	PMG	PMG	PMG	PMG	PMG hiperfrecuentadores	PMG

En la literatura internacional se emplean indistintamente PACT y ACT, y en ocasiones se hace referencia a TCL (“Training in Community Living”), como ingrediente principal del PACT y ACT, de modo que ambos términos resultan equivalentes. En Inglaterra, el programa análogo se denomina Daily Living Program (DLP). En este texto, empleo las iniciales de la nomenclatura en español: TCA (Tratamiento Comunitario Asertivo), EVC (Entrenamiento en –actividades - de la Vida Comunitaria), y Programa de –actividades- de la vida diaria (PVD) para designar a cada uno de ellos.

Así por ejemplo, en la red de servicios de salud mental de Toronto está previsto que los profesionales que se incorporan a programas comunitarios tipo “case management intensivo” reciban 46 horas de formación teórica durante los primeros seis meses. Y la Mental Health Case Management Association of Ontario organiza módulos de formación continuada, mediante seminarios y talleres.